

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARY ANNE DE SOUZA ALVES FRANÇA

INDICADORES UTILIZADOS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

GOIÂNIA

2013

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Mary Anne de Souza Alves França		
E-mail:	maryanne_sa@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	☒ Sim	☐ Não	
Vínculo empregatício do autor	Secretaria Municipal de Saúde		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	UF:	CNPJ:	
Título:	Indicadores utilizados em Saúde Bucal no Brasil		
Palavras-chave:	Indicadores; Saúde Bucal; Gestão em Saúde.		
Título em outra língua:	Indicators used in oral health in Brazil		
Palavras-chave em outra língua:	Indicators; Oral Health; Health Management.		
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	28/10/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás		
Orientador (a):	Vânia Cristina Marcelo		
E-mail:	vaniacmarcelo@yahoo.com.br		
Co-orientador (a):*	Edsaura Maria Pereira		
E-mail:	edsauramaria@gmail.com		

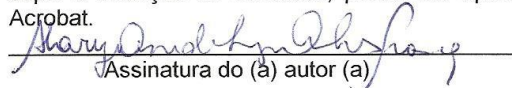
*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 19 / 07 / 14

MARY ANNE DE SOUZA ALVES FRANÇA

INDICADORES UTILIZADOS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Vânia Cristina Marcelo

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Edsaura Maria Pereira

GOIÂNIA

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

F814i França, Mary Anne de Souza Alves.
Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil [manuscrito] /
Mary Anne de Souza Alves França. - 2013.
xv, 390 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo; Co-
orientadora: Dr^a Edsaura Maria Pereira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.
Bibliografia.
Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.
Apêndices.
1. Saúde bucal – Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil 2.
Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil I. Título.

CDU: 616.314-084(81)

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARY ANNE DE SOUZA ALVES FRANÇA

INDICADORES UTILIZADOS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovada em: 29/10/2013

BANCA EXAMINADORA



Profª Dra. Vânia Cristina Marcelo – Orientadora e Presidente da Banca
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás



Profª Dra. Cerise de Castro Campos – Membro Externo
Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Goiás



Profa. Dra. Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis – Membro Efetivo
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Profª Dra. Maria de Fátima Nunes – Membro Suplente Externo
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Goiás

Profª Dra. Maria Goretti Queiroz – Membro Suplente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo amor e carinho aos meus pais Milícia (*in memorian*) e Alberto (*in memorian*) que me ensinaram o caminho da honestidade e da perseverança; à minha querida madrinha e “mãe”, Tia Nega, sempre atenciosa e cuidadosa; e ao meu querido esposo e companheiro, Rivaldo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade da existência e pela Fé que deposito a cada dia nas minhas decisões.

Aos meus pais, hoje presentes espiritualmente, mas que nos comunicamos frequentemente por pensamentos ou sonhos.

À minha mãe, com a sua alegria contagiante e irradiante, agradeço a força e a energia dispendida nos momentos onde sentia que os meus pensamentos não estavam em sincronia com o corpo e caminhava a passos lentos.

Ao meu pai, que com a sua simplicidade e paciência, me mostrou que as coisas por mais complicadas que pareçam ser, podem ser desvendadas “fio a fio”.

Aos meus irmãos e demais familiares pela compreensão (ou não) do porquê muitas vezes deixei de compartilhar momentos importantes que não se repetirão.

Ao meu querido marido Rivaldo que sempre me diz que o que já aprendi é o suficiente, mas de qualquer forma me ajudou a entender o significado dos indicadores no campo da Economia.

À querida orientadora Prof^a Dr^a Vânia Cristina Marcelo pela inesgotável paciência, pelas incontáveis vezes que me recebeu, sempre com um sorriso no rosto e com uma generosa sabedoria, contribuindo com o meu aprendizado. Muito obrigado!

À minha co-orientadora Prof^a Dr^a Edsaura Maria Pereira pelas orientações oportunas.

Às professoras Dr^a Maria do Carmo Matias Freire e Dr^a Sandra Cristina Guimarães Bahia que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação e contribuíram muito com suas críticas, sugestões e recomendações.

Às professoras Dr^a Cerise de Castro Campos, Dr^a Sandra Cristina Guimarães Bahia, Dr^a Maria de Fátima Nunes e Dr^a Maria Goretti Queiroz que se disponibilizaram a avaliar este trabalho, contribuindo imensamente com o seu aperfeiçoamento.

À prestativa Suiany e as eficientes e persistentes coordenadoras do mestrado Dr^a Claci Fátima Weirich Rosso e Dr^a Ellen Synthia Fernandes de Oliveira.

A todos os meus colegas do Mestrado que sorriram e choraram juntos nesta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho pelos momentos de ausência mesmo estando presente.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram nesta conquista.

EPÍGRAFE

“A história tem demonstrado que os mais notáveis vencedores normalmente encontraram obstáculos antes de triunfarem. Venceram porque se negaram a serem desencorajados por suas derrotas”. B. C. Forbes

RESUMO

Decorridos 25 anos da instituição do Sistema de Único de Saúde (SUS) no Brasil, os gestores e servidores deste sistema têm concentrado esforços para superar os desafios em relação à provisão de serviços de saúde com equidade e eficiência. O planejamento pode contribuir com a gestão, para evitar que as ações sejam implementadas de forma aleatória, não adequadas com a realidade da população ou sem definição de prioridades. Diante disso, os gestores do SUS necessitam de indicadores de saúde criados para facilitar a avaliação, mensuração ou representação da condição de saúde, bem como o desempenho de um sistema de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil presentes nas diretrizes governamentais e nos artigos científicos publicados entre 2000 e 2012. O estudo configurou como uma revisão de literatura na base de dados da Lilacs e Scielo e uma pesquisa documental no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Os indicadores que emergiram dos artigos científicos analisados (n=221) foram categorizados em: condição de saúde bucal, socioeconômicos, demográficos e gestão. Em 34% destes artigos foram identificados indicadores de gestão classificados nas dimensões: oferta, demanda e desempenho dos serviços. Dentre os indicadores de gestão os mais citados foram o acesso à consulta odontológica, motivo da utilização dos serviços e tipo de serviço utilizado; dentre os socioeconômicos a renda e o desenvolvimento humano; nos demográficos, faixa etária e gênero; e nos de condição de saúde bucal, o CPOD e GOHAI. Das diretrizes documentais cita-se o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; os Pactos pela Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Dentre os indicadores das diretrizes têm-se cobertura de primeira consulta odontológica, ação de escovação dental supervisionada e cobertura das equipes de saúde bucal. Na triangulação de fontes identificou-se os indicadores coincidentes nos artigos e diretrizes governamentais. Conclui-se que há uma variedade de indicadores com diferentes formas de cálculos, instrumento de coleta e fonte de informação. A gestão deve priorizar os indicadores com fonte e coleta facilmente disponibilizada. Diferentes denominações para os indicadores foram encontradas nos artigos científicos, necessitando de padronização dos termos relacionados ao tema, além dos aspectos referentes à sua forma de cálculo. As diretrizes governamentais trouxeram poucos avanços em termos de propostas de indicadores de saúde bucal. Ao longo do tempo, novos indicadores de saúde bucal foram instituídos pelo Ministério da Saúde enquanto outros foram excluídos. A publicação do PMAQ inseriu novos indicadores neste campo que poderão contribuir com a gestão. A descrição dos aspectos metodológicos dos indicadores permitiu a sistematização dos procedimentos descritos nos diferentes artigos e publicações ministeriais, o que contribuiu com o conhecimento acerca do tema, possibilitando a utilização destes indicadores na prática profissional de gestão e assistência.

Palavras-chave: Indicadores; Saúde Bucal; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

After 25 years of the establishment of the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese) in Brazil, this system managers and servants have concentrated efforts to overcome the challenges concerning the provision of health services with fairness and efficiency. Planning can contribute with the management in order to avoid that actions are implemented randomly or not adequately with the reality of the population; or without prioritization. Therefore, the SUS' managers require health indicators designed to facilitate the evaluation, measurement and representation of health status, as well as the performance of a health system. The aim of this study was to analyze the indicators used in oral health in Brazil present in the government policies and scientific articles published in the period between the years 2000 and 2012. The study was configured as a literature review in the Lilacs and SciELO database and a documentary research on the website of Brazilian Ministry of Health. The indicators that emerged from the scientific articles analyzes (n=221), were categorized into: oral health conditions, socio-economics, demographics and management. In 34% of these articles management indicators were identified, in the following topics: supply, demand and services' performance. Among the management indicators, the most cited were: access to dental visit, reason for the use of the services and the kind of service that was used. Among the socio-economic indicators: income and human development. In the demographic, age and gender. And about the oral health condition, the DMFT and GOHAI. Regarding the documentary guidelines, the topics mentioned the Pact Indicators of Primary Care; Pacts for Health; and the National Program for Improving Access to Quality Primary Care (PMAQ, acronym in Portuguese). Among the indicators of the guidelines were reminded the coverage of the first dental appointment, the action of supervised tooth brushing and coverage of oral health teams. In the triangulation of sources, coincident indicators in the articles and in the government guidelines were identified. It is concluded that there is a variety of indicators with different forms of calculation, data collection instrument and information source. Different denominations for the indicators were found in the scientific articles; it requires a standardization of the terms related to the topic, in addition to the aspects related to its calculation method. The management must prioritize the indicators with a reliable source and easily available collection. Government guidelines brought little progress in terms of proposals for oral health indicators. Over time, new oral health indicators were established by Brazilian Ministry of Health, at the same time as others were excluded. PMAQ's publication inserted new indicators in this field that may contribute with the management. The description of the methodological aspects of the indicators allowed the systematization of the procedures described in the various articles and ministerial publications, which contributed with knowledge on the subject, allowing the use of these indicators in professional practice of management and assistance.

Key-words: Indicators; Oral Health; Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação esquemática das medidas dos indicadores	66
Figura 2 – Etapas da Metodologia da pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	69
Figura 3 – Sequência da Revisão Integrativa da Literatura realizada na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013	72
Figura 4 – Fluxograma de busca e seleção dos artigos científicos, a partir das bases de dados LILACS e SciELO, que apresentaram indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.....	82
Figura 5 – Número de artigos científicos, segundo a institucionalidade dos autores, analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-Go, 2013.....	83
Figura 6 – Periódicos com três ou mais publicações de artigos científicos com indicadores relacionados à saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	86
Figura 7 – Número de artigos científicos, conforme ano de publicação, analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013..	87
Figura 8 – Percentual de Indicadores na categoria gestão, segundo instrumento de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.....	112
Figura 9 – Percentual de Indicadores na categoria gestão, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013..	114
Figura 10 – Percentual de Indicadores na categoria condição de saúde bucal, segundo instrumento de coleta de dados, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013... ..	143
Figura 11 – Percentual de Indicadores na categoria condição de saúde bucal, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013... ..	144
Figura 12 – Percentual de Indicadores na categoria socioeconômico, segundo instrumentos de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013... ..	163

Figura 13 – Percentual de Indicadores na categoria socioeconômico, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013... 164

Figura 14 – Percentual de Indicadores na categoria demográfico, segundo forma de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013... 178

Figura 15 – Percentual de Indicadores na categoria demográfico, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013... 179

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos indicadores de condição de saúde bucal segundo Nadanovsky; Costa (2005).....	62
Quadro 2 – Categorias e dimensões para classificar os indicadores apresentados nos artigos científicos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.....	76
Tabela 1 – Motivos de exclusão de estudos na 1ª etapa de seleção (leitura do título e resumo) para a revisão sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	81
Tabela 2 – Motivos de exclusão de estudos na 2ª etapa de seleção (leitura do texto na íntegra) para a revisão sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013	81
Quadro 3 – Modelos de avaliação dos serviços apresentados nos artigos científicos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013	89
Tabela 3 – Frequência de ocorrência dos indicadores de gestão segundo dimensão e subdimensão, identificada pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.....	92
Quadro 4 – Indicadores de gestão mais frequente em cada dimensão e dois indicadores Pactuados pelo Ministério da Saúde identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	93
Quadro 5 – Indicador de demanda e sua forma de cálculo identificado pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.....	95
Quadro 6 – Indicadores de acesso ao serviço odontológico e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	95
Quadro 7 – Indicadores de tempo decorrido da última visita ao dentista e frequência de visita ao dentista e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	98
Quadro 8 – Indicadores de motivo de utilização do serviço odontológico e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.....	100

Quadro 9 – Indicadores de tipo de serviço utilizado e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	101
Quadro 10 – Indicadores de disponibilidade de profissionais e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	103
Quadro 11 – Indicador cobertura de consulta odontológica e suas formas de cálculo, identificados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	107
Quadro 12 – Indicador cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	108
Quadro 13 – Indicadores de acesso ao flúor e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	109
Quadro 14 – Indicadores de cumprimento Global de Metas dos CEO e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	110
Quadro 15 – Propósitos dos indicadores de acesso à consulta odontológica, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.	116
Quadro 16 – Propósitos dos indicadores de tempo decorrido da última visita ao dentista e frequência de visita ao dentista, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	118
Quadro 17 – Propósitos dos indicadores de motivo de utilização dos serviços, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013	118
Quadro 18 – Propósitos dos indicadores de tipo de serviço utilizado, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013	119
Quadro 19 – Propósitos dos indicadores de disponibilidade de recursos humanos, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	119
Quadro 20 – Propósitos do indicador cobertura de consulta odontológica, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	121

Quadro 21 – Propósitos do indicador cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	121
Quadro 22 – Propósitos dos indicadores de acesso ao flúor, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013	122
Quadro 23 – Propósitos dos indicadores de cumprimento global de Meta do CEO, identificados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	123
Tabela 4 – Frequência de ocorrência dos indicadores de condição de saúde bucal segundo dimensão e subdimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia- GO, 2013.	124
Quadro 24 – Indicadores de condição de saúde bucal mais frequentes em cada subdimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	125
Quadro 25 – Indicadores derivados do CPO-d/ceo-d e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	127
Quadro 26 – Indicadores de uso e/ou necessidade de prótese e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	130
Quadro 27 – Indicadores de edentulismo e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	132
Quadro 28 – Indicadores de condição periodontal baseados no CPI e PIP e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	133
Quadro 29 – Indicadores de fluorose derivados do Índice de Dean e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	136
Quadro 30 – Indicadores de condição oclusal derivados do Índice DAI e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	137
Quadro 31 – Indicadores de dor dental e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	138
Quadro 32 – Indicadores de necessidade/morbidade referida e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	140

Quadro 33 – Indicador GOHAI e sua forma de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	141
Quadro 34 – Indicador Item global de saúde/bem estar e sua forma de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	142
Quadro 35 – Propósitos dos indicadores derivados do CPO-d/ceo-d, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	145
Quadro 36 – Propósitos dos indicadores de uso e/ou necessidade de prótese e edentulismo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	147
Quadro 37 – Propósitos dos indicadores de condição periodontal baseados no CPI e PIP, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	148
Quadro 38 – Propósitos dos indicadores derivados do Índice de Dean, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	148
Quadro 39 – Propósitos dos indicadores de condição oclusal derivados do Índice DAI, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	149
Quadro 40 – Propósitos dos indicadores de dor de dente e necessidade/morbididade referida, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	150
Quadro 41 – Propósito dos indicadores GOHAI e Item global de saúde, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	151
Tabela 5 – Frequência de ocorrência dos indicadores socioeconômicos segundo dimensão, identificados na pesquisa indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	152
Quadro 42 – Indicadores socioeconômicos mais frequentes em cada dimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	153
Quadro 43 – Indicadores de renda e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	154
Quadro 44 – Indicadores de escolaridade e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	156

Quadro 45 – Indicadores de alfabetização e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	158
Quadro 46 – Indicador Índice de Desenvolvimento Humano e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	159
Quadro 47 – Indicadores de saneamento e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.	161
Quadro 48 – Indicador Coeficiente ou Índice de Gini e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	162
Quadro 49 – Propósito dos indicadores de renda, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	165
Quadro 50 – Propósitos dos indicadores de escolaridade e alfabetização, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	167
Quadro 51 – Propósitos do Índice de Desenvolvimento Humano, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	168
Quadro 52 – Propósitos dos indicadores de saneamento, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.	169
Quadro 53 – Propósitos do indicador Coeficiente ou Índice de Gini, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.	170
Tabela 6 – Frequência de ocorrência dos indicadores demográficos segundo dimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	171
Quadro 54 – Indicador percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	172
Quadro 55 – Indicador percentual de indivíduos segundo gênero/sexo e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	173
Quadro 56 – Indicadores de etnia e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	174

Quadro 57 – Indicador população e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	177
Quadro 58 – Propósitos dos indicadores percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária, gênero/sexo e etnia, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia- GO, 2013.	181
Quadro 59 – Características das diretrizes governamentais, Ministério da Saúde, analisadas pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013..	183
Quadro 60 – Indicador de Saúde Bucal no Pacto de Atenção Básica, 1999, identificado pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	185
Quadro 61 – Indicadores de Saúde Bucal no Pacto de Atenção Básica, 1999 a 2006, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.	187
Quadro 62 – Evolução dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Saúde ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no período de 2007 a 2011, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013	190
Quadro 63 – Publicações do Ministério da Saúde com Indicadores de saúde bucal, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	192
Quadro 64 – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) – BRASIL de 2000 a 2011, analisados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	194
Quadro 65 – Indicadores de Saúde Bucal nos Programas Ministério da Saúde, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.	197

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISB	Agentes Indígenas de Saúde Bucal
AMS	Assistência Médico-Sanitária
ATM	Articulação Temporo Mandibular
BOAS	Brazil Old Age Schedule
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAI	Dental Aesthetic Index
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIDL	Dental Impact in Daily Living
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FDI	Federação Odontológica Internacional
FO USP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GM	Gabinete Ministerial
GOHAI	Geriatric –or General –Oral Health Assessment Index
IADR	Associação Internacional para Pesquisa Odontológica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA Camp	Inquérito de Saúde Municipal de Campinas
IOTN	Index of Orthodontics Treatment Need
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ICNTP	Índice Periodontal Comunitário de Tratamento de Necessidades
ICP	Índice Periodontal Comunitário
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IAG	Índice de Alterações Gengivais
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PI	Perda de Inserção
PIP	Índice de Perda de Inserção Periodontal
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica
PMS	Pesquisa Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPR	Prótese Parcial Removível
PROADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos

	Serviços de Saúde Brasileiro
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Prótese Total
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SAIS	Saúde, Indivíduo e Sociedade
SBBRASIL	Saúde Bucal no Brasil
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação sobre Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SiC Index	Significant Caries Index
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	Thylstrup e Fejerskov
TI	Taxa de incidência
TP	Taxa de Prevalência
UNIVALE	Universidade Vale do Rio Doce
US	Unidade de Saúde
WHO	World Health Organization
WS	Web of Science

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	24
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS	30
3.1 Geral.....	30
3.2 Específicos	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1 Saúde	31
4.1.1 Concepção de saúde como um processo	31
4.1.2 Promoção da saúde	32
4.2 Saúde Bucal	35
4.2.1 Panorama Histórico da Saúde Bucal	35
4.2.2 Determinação Social da Saúde Bucal.....	37
4.3 Gestão em Saúde	39
4.3.1 Gestão do SUS	39
4.3.2 Planejamento em saúde	42
4.3.3 Avaliação em Saúde	42
4.4 Informação em Saúde	45
4.4.1 Importância de informação em Saúde	45
4.4.2 Processo de Produção da Informação	47
4.4.3 Sistemas de Informação	48
4.5 Indicadores de Saúde	51
4.5.1 Concepção: Índice e Indicadores	52
4.5.2 Utilização dos indicadores de saúde.....	54
4.5.3 Pré-requisitos dos Indicadores	57
4.5.4 Tipos de Indicadores	59
4.5.5 Indicadores de Saúde Bucal	61
4.5.6 Medidas dos Indicadores	62
5 METODOLOGIA	68
5.1 Tipo de estudo	70
5.2 Coleta de dados	70

5.3 Sequência Metodológica	71
5.4 Análise, Apresentação e Interpretação Dos Dados.....	78
5.5 Aspectos Éticos	79
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
6.1 Indicadores Relacionados à Saúde Bucal nos Artigos Científicos	80
6.1.1 Características dos Artigos Científicos.....	83
6.1.2 Modelo de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal	88
6.1.3 Dimensões dos Indicadores quanto aos Aspectos Mensurados.....	90
6.2 Indicadores de Saúde Bucal nas Diretrizes Governamentais.....	182
6.2.1 Tipos de Publicações Governamentais.....	182
6.2.2 Saúde Bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica	184
6.2.3 Indicadores de Saúde Bucal - Do Pacto pela Saúde ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)	188
6.2.4 Indicadores de Saúde Bucal nas Publicações do Ministério da Saúde sobre Indicadores de Saúde.....	192
6.2.5 Indicadores de Saúde Bucal nos Programas Ministeriais	196
6.3 Triangulação de Fontes.....	201
7 CONCLUSÕES	205
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
REFERÊNCIAS.....	212
APÊNDICES	221

APRESENTAÇÃO

Ao longo do tempo observa-se que a utilização dos indicadores tem sido amplamente expandida em todas as áreas. Na saúde bucal a prática vem demonstrando que ainda há muito que ser feito para que os gestores e profissionais de saúde utilizem desta ferramenta, principalmente porque medidas de padronização precisam ser instituídas, informações a cerca do tema necessitam ser mais divulgadas e o acompanhamento destes no planejamento dos serviços devem ser sistematizados.

Há muito me vem à preocupação de como avaliar os serviços de saúde bucal. No decorrer dos dezoitos anos atuando como cirurgiã-dentista no serviço público municipal de Goiânia, sete anos como supervisora técnica da equipe gestora de um distrito sanitário de saúde, tive a oportunidade de vivenciar diferentes experiências profissionais, verificar as mudanças que ocorreram ao longo desses anos neste serviço, bem como identificar a importância dada a avaliação e monitoramento das ações.

Durante os primeiros dez anos, no exercício profissional na assistência à saúde, no Centro de Saúde do Setor Rodoviário, executando diariamente os programas e as atividades, pude observar que pouco ou raramente se enfatizava a importância de realizar a avaliação e monitoramento dos serviços prestados. A produtividade era registrada e uma vez ou outra chegava do nível central o resultado consolidado dos procedimentos realizados e que serviam somente para que gestor e profissionais “analisassem” quem mais havia produzido. E a palavra “indicadores” não era mencionada.

Posteriormente, a adesão do município à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), trouxe-me a oportunidade de experimentar uma nova proposta de modelo de reorientação da atenção, agora no Centro de Saúde da Família do Setor Santo Hilário. Por oito meses, vivenciei a prática da atenção à saúde nesta nova etapa profissional e constatei que novos procedimentos e atividades foram incorporados à prática, porém a proposta de avaliação e monitoramento continuava ainda distante ou mesmo inexistente. Registravam-se os procedimentos, mas nenhuma avaliação era feita pela equipe ou discutida com a gestão.

Logo depois deste curto período na assistência da Estratégia Saúde da Família, passei a compor a equipe de supervisão do Distrito Sanitário Noroeste por cinco anos e mais dois na equipe da Coordenação da Estratégia Saúde da Família no nível central. A partir daí, a preocupação com a avaliação e monitoramento tornaram-se ainda mais importantes, pois eram necessárias e fundamentais para o planejamento e conseqüentemente, para tomada de decisão, entretanto, não havia uma rotina estabelecida e esta prática acontecia anualmente, quando do fechamento do relatório de gestão. As ações, metas e indicadores pactuados no planejamento anual pelo nível central eram neste momento acompanhados. Normalmente, estes indicadores eram os recomendados nas diretrizes governamentais. Fazia-se um grande esforço ao final do ano para justificar o cumprimento ou não das metas propostas, esforço este em virtude da falta de registro adequado e da distância temporal entre o planejado e sua avaliação.

É importante mencionar que esses resultados não eram socializados com os demais profissionais que executavam as atividades, e na maioria das vezes, não se avaliava a adequação e suficiência dos indicadores utilizados. E assim, acumulou-se ao longo do tempo a necessidade de identificar quais os indicadores que realmente dariam conta de avaliar o serviço de saúde bucal prestado e subsidiar o planejamento destes serviços. Desde então, venho questionando quais os indicadores que vêm sendo empregados na gestão em saúde bucal, quais podem ser instituídos pela gestão e utilizados pelos profissionais.

Atualmente, compondo a equipe da Assessoria de Avaliação e Qualidade da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, também no nível central, estes questionamentos tornaram-se mais emergentes, levando-me a buscar respostas nas produções científicas e diretrizes governamentais que tratam desta temática.

Para responder os questionamentos suscitados foram buscados referenciais teóricos sobre o tema e objeto de estudo. Desta forma, no item 4.1 do Referencial, o tema saúde foi abordado, considerando o seu aspecto conceitual, promoção da saúde e mais especificamente, sobre os determinantes sociais. No item 4.2 foram considerados os aspectos sobre a saúde bucal, apresentando-se um breve panorama desta ao longo do tempo, além das questões da desigualdade. Em seguida, no item 4.3, o campo da gestão em saúde e o planejamento no SUS

entraram em pauta, neste caso destacando-se os atores do sistema e sua ação gestora. Posteriormente, no item 4.4 foram percorridas as questões teóricas sobre a informação em saúde e seu processo de produção. Por fim, no item 4.5 centrou-se nos indicadores de saúde, onde foram apresentadas diversas concepções, medidas de cálculo e tipos de indicadores.

Nos resultados e discussão, dispostos no item 6, podem ser visualizados a gama de indicadores apresentados nas publicações do Ministério da Saúde e nos artigos científicos publicados sobre saúde bucal no Brasil no período de 2000 a 2012. Verifica-se ainda neste item, a frequência, método de cálculo, instrumento de coleta, fonte de informação e propósito dos indicadores. Foram discutidos os principais resultados obtidos no estudo, as diversidades e divergências nas formas de cálculo e propósitos dos indicadores identificados. A triangulação dos dados provenientes da pesquisa bibliográfica e documental também foi realizada.

À luz das conclusões são apresentados os resultados confluentes com o proposto nos objetivos deste estudo, bem como as limitações do mesmo e sugestões para possíveis pesquisas futuras.

Os achados deste estudo vieram elucidar sobre o uso dos indicadores no campo da saúde bucal e assim, propiciaram dados para uma melhor qualificação para tomada de decisão, tanto dos serviços prestados como para definição de políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

Decorridos 25 anos da instituição do Sistema de Único de Saúde (SUS) no Brasil, tendo dentre os seus princípios a universalidade e a descentralização, os gestores e servidores deste sistema têm concentrado esforços para superar os desafios em relação à provisão de serviços de saúde com equidade e eficiência (MALIK; SCHIESARI, 1998). Estes princípios caracterizam-se pela garantia e a expansão do acesso desses serviços a toda população, bem como a ampliação da responsabilidade dos gestores municipais em fornecer a atenção à saúde. No campo da saúde bucal, a universalidade na oferta de serviços também se constitui em um dos grandes desafios a ser enfrentado na organização da atenção.

Uma ferramenta essencial que pode contribuir com a gestão para enfrentar estes desafios é o planejamento. Este é fundamental para estabelecer as ações de forma a minimizar os problemas que poderão surgir diante da realidade apresentada no país, como por exemplo, excesso de demandas da população, principalmente na saúde bucal, e recursos escassos ou mal empregados.

Planejar é prever o futuro, isto é, tentar antecipar os problemas que podem advir, e a partir daí, definir ações ou alterar a trajetória para evitar que eles aconteçam (PAIM, 2009). Desta maneira, é uma tarefa essencial, mas complexa, que deve ser incorporada nas práticas em saúde em qualquer nível de gestão e serviços, pois contribui na tomada de decisão. Passa a ter um nível de complexidade ainda maior à medida que deixa de ser executada na rotina dos serviços ou até mesmo negligenciada por parte de alguns gestores.

Negligenciar o planejamento na saúde pode trazer como consequências: dispêndio desnecessário de recursos, pouca resolubilidade dos serviços, necessidades dos usuários não atendidas e piora na qualidade de vida da população.

No planejamento, o diagnóstico situacional de saúde e sua relação com os determinantes sociais, como também a avaliação do desempenho do sistema de saúde, são importantes e podem ser realizados utilizando-se os dados disponíveis (RIPSA, 2008). No entanto, os dados puros por si só não são capazes de descrever esta situação, pois precisam se constituir em informações significativas para

planejadores e gestores de modo a permitir comparações entre diferentes momentos e espaços, daí a importância da utilização dos indicadores de saúde.

Os indicadores de saúde foram criados para facilitar a avaliação, mensuração ou representação da condição de saúde, bem como avaliar o desempenho de um sistema de saúde (RIPSA, 2008). Assim, estes são primordiais na gestão e planejamento em saúde para o estabelecimento de políticas públicas e definição de prioridades adequadas às necessidades da população.

A utilização dos indicadores tem sido amplamente expandida em todas as áreas, porém, ainda há desconhecimento sobre o conceito e seus princípios e muitas das vezes estes são utilizados de forma empírica, sem evidência científica (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

A escolha ou definição do indicador dependerá dos objetivos propostos ou aspectos a serem analisados e dos dados disponíveis. É necessário definir dentro de uma gama de indicadores de saúde preconizados, quais atendem os requisitos mencionados, porém, há situações em que novos indicadores deverão ser construídos, podendo variar de acordo com cada realidade.

A condição de saúde bucal de uma população é fator importante para analisar a exclusão social no País e esta pode ser analisada por meio de indicadores de saúde. Estudos científicos ou levantamentos em saúde bucal têm sido realizados, desde os mais simples, que envolvem a coleta de dados de forma sucinta, objetiva e clara, mas que permitem identificar o estado de saúde bucal de um grupo ou indivíduo em determinado território, até os mais complexos, que buscam obter uma maior caracterização da condição de saúde bucal, de forma minuciosa e relacionada com os determinantes de saúde.

De acordo com Martins (2005) e Fischer (2008), os levantamentos epidemiológicos nacionais, realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, utilizando indicadores epidemiológicos e sócio-demográficos, têm produzido informações acerca das condições de saúde bucal da população brasileira, a fim de subsidiar o planejamento e avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS.

O Ministério da Saúde vem, ao longo do tempo, recomendando o uso de indicadores para avaliação e monitoração da atenção em saúde bucal (LESSA; VETTORE,

2010). Bordin e Fadel (2012) analisaram, nas cinco grandes regiões brasileiras, a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal, propostos pelo Ministério da Saúde no Pacto pela Saúde.

Na literatura foram verificados diferentes estudos que exibem modelo de avaliação dos serviços e da gestão em saúde bucal e que apresentam uma proposta de matriz de indicadores. Dentre estes estudos citam-se os modelos propostos por Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2011) e Tamaki et al (2012).

No modelo proposto por Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2011), construído a partir de oficinas de trabalho, foram desenvolvidos indicadores para identificar fortalezas e deficiências do serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná. Utilizaram uma matriz de avaliação do serviço com duas dimensões: a primeira considerando os sujeitos envolvidos no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde, e a segunda a organização do serviço.

No estudo desenvolvido por Tamaki et al (2012) foi proposto um painel de monitoramento e avaliação da Gestão do SUS. Neste Painel as dimensões dos indicadores selecionados foram: demandas, insumos, processos, produtos e resultados.

Estudos que relacionam indicadores sócio-demográficos e saúde bucal na gestão da atenção no Brasil também foram encontrados, destacando-se os realizados por Fischer (2008) e Batista (2010).

Fischer (2008) averiguou a relação entre os indicadores do Pacto da Atenção Básica em Saúde Bucal com variáveis socioeconômicas, de provisão de serviços odontológicos, fluoretação de águas e cobertura da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em municípios do sul do país. Este teve como justificativa a necessidade de avaliar as políticas de saúde bucal no período de 2000-2005 e sua relação com as condições sociais, bem como observar a aplicação do princípio da equidade na provisão de serviços. Dentre os resultados obteve-se que os municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram maiores proporções de primeira consulta odontológica, contrariando desta forma o princípio da equidade. Identificou ainda que, houve associação entre maior proporção de exodontias dentre os procedimentos odontológicos individuais na atenção básica e

menor IDH e maior proporção de população rural, sugerindo que os municípios com piores condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras provavelmente em decorrência dos piores indicadores epidemiológicos e menor cobertura de água fluoretada. Dessa forma, o autor procurou com os resultados de o estudo contribuir com o processo de planejamento em saúde e o rumo das políticas de saúde bucal.

Batista (2010) verificou a associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás. Identificou que a maior correlação encontrada foi entre o número de Equipe de Saúde Bucal (ESB) e o recurso federal para o custeio dessas equipes.

Atualmente, não se questiona a existência da associação da saúde bucal com os determinantes sociais, porém, a forma como estes interferem neste processo, o quanto os gestores de saúde tem se baseado em indicadores para tomada de decisão e quais poderiam ser utilizados para enfrentar as demandas odontológicas que emergem na população precisa ser melhor investigado.

Diante das informações apresentadas questiona-se: quais são os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil presentes nas diretrizes governamentais e artigos científicos publicados no período de 2000 a 2012?

2 JUSTIFICATIVA

O planejamento, como uma ferramenta de gestão, deve ser realizado para evitar que as ações sejam implementadas de forma aleatória ou não adequadas à realidade da população, ou mesmo sem definição de prioridades. E ainda, evitar que recursos disponíveis sejam mal empregados. Somente os gestores comprometidos em organizar os serviços e definir políticas baseadas no planejamento serão capazes de estabelecer estratégias que promovam a equidade e a possibilidade de melhorarem as condições de saúde da população.

Nos últimos tempos, a importância da saúde bucal tem sido crescente no cenário nacional e o processo de descentralização favoreceu aos gestores a aproximação da definição das ações conforme a realidade local, porém esta definição requer o conhecimento da situação de saúde e do desempenho do sistema baseando-se em indicadores, incluindo tanto os socioeconômicos e demográficos como os de saúde bucal.

Atualmente, os indicadores pactuados pelos gestores para o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde bucal, conforme as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, têm se mostrado insuficientes para a avaliação e tomada de decisão. Torna-se necessário a apropriação de outros indicadores de saúde que permitam avaliar as ações, bem como subsidiar o seu redirecionamento. Estes devem estar condizentes com a realidade local e permitir a aplicação do princípio da equidade, além de constituir em instrumentos de planejamento que possam ser incorporados na rotina de trabalho.

A justificativa da realização desta pesquisa também está baseada na escassez de estudos que descrevem e analisam os vários indicadores de saúde utilizados na gestão em saúde bucal nos diferentes serviços de saúde no Brasil, bem como os dados necessários para o seu cálculo e a sua fonte.

A realização deste estudo se deu também pelo interesse de conhecer os indicadores utilizados no contexto da gestão em saúde bucal, em consonância com as propostas para as pesquisas do Ministério da Saúde definidas na sua Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde elaborada em 2008. Nessa Agenda, um dos temas

prioritários dentro do campo da saúde bucal era a pesquisa sobre os indicadores de saúde bucal (BRASIL, 2008a).

Todos estes aspectos levaram a reflexão de que indicadores de saúde devem permitir a análise sobre a quantidade, qualidade e os serviços prestados na saúde bucal, sua adequação e suficiência frente à demanda, indicação de necessidade de aperfeiçoamento ou modificação das ações planejadas, aplicação dos princípios do SUS entre outras.

Estas e outras questões merecem destaque, pois o planejamento requer habilidades de gestão baseadas em indicadores e instrumentos que facilitem o gerenciamento dos serviços e que as decisões tomadas sejam pertinentes, os recursos sejam utilizados de forma racional e as ações promovam impacto na saúde da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil presentes nas diretrizes governamentais e nos artigos científicos publicados entre 2000 e 2012.

3.2 Específicos

- Identificar as características dos artigos científicos quanto à origem institucional dos autores, periódico e ano de publicação;
- Identificar os modelos de avaliação de serviços de saúde bucal nos artigos mencionados;
- Classificar os indicadores apresentados nas publicações científicas quanto à dimensão e subdimensão dos aspectos mensurados;
- Descrever os aspectos metodológicos dos indicadores utilizados quanto à forma de cálculo, instrumento de coleta de dados e fonte de informação dos dados;
- Conhecer os propósitos dos indicadores apresentados nos artigos científicos;
- Identificar as características das diretrizes governamentais quanto ao tipo de documento e a data de publicação;
- Conhecer os indicadores apresentados nas diretrizes governamentais;
- Correlacionar os indicadores apresentados nos artigos científicos com os das diretrizes governamentais;
- Acompanhar a evolução dos indicadores nos Pactos Interfederativos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item abordam-se os referenciais teóricos acerca do objeto de estudo incluindo as concepções dos termos relacionados ao tema. Este referencial foi organizado em cinco ítems. O primeiro foi sobre saúde, considerando o seu aspecto conceitual, a promoção de saúde, especificamente sobre os determinantes sociais de saúde. No segundo item foram consideradas as questões sobre a saúde bucal, como o panorama histórico e os aspectos da determinação social da saúde bucal. No terceiro foi apresentada a gestão em saúde no SUS e os aspectos relacionados com o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. No quarto item, centrou-se nas questões teóricas sobre a informação em saúde e o Sistema de Informação em Saúde. Finalizando, no quinto item buscou-se apresentar as concepções adotadas sobre indicadores, a diferenciação deste termo com índice, bem como, os pré-requisitos, utilização dos indicadores, sua forma de medida e os tipos existentes.

4.1 Saúde

4.1.1 Concepção de Saúde como um Processo

Desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira há a compreensão de que a saúde é resultante de múltiplos determinantes. A Constituição Federal de 1988 confirmou que esta é um direito e determinou a responsabilidade do Estado em garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, assegurando assim outros direitos como: moradia, alimentação, educação e lazer. A Lei 8080/90 confirmou que o cuidar da saúde envolve fatores condicionantes e determinantes (CASTRO et al, 2010).

Ao longo da história da humanidade, na tentativa de compreender o processo saúde e adoecimento, diferentes modelos foram definidos para tentar explicá-lo. Chegou-se atualmente no consenso da determinação social neste processo:

O adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer, e ambiente

adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Para Castro et al (2010), a saúde, além de ser socialmente determinada onde diferentes setores são responsáveis pela sua promoção, é dependente do modo de vida.

4.1.2 Promoção da Saúde

Promoção da saúde tem sido tema prioritário da agenda do Ministério, porque é um assunto extremamente importante para gestores e sociedade ao tomar o raciocínio de que ela é uma das bases para reordenar o atendimento à população (BRASIL, 2009a).

Conceitualmente:

Promoção da saúde é uma estratégia de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias acessíveis, para assim contribuir na construção de ações que possibilitem responder às determinações sociais em saúde (BRASIL, 2009a, p.4).

A equidade e a intersetorialidade estão entre os fundamentos da Promoção da Saúde. Enquanto a equidade é entendida como as desigualdades sociais injustas e evitáveis, e que desta forma, as ações governamentais devem atender as diferentes necessidades da população, a intersetorialidade é o modo de gestão das ações e políticas públicas em que ocorre articulação, planejamento e cooperação entre distintos setores da sociedade com vistas a intervir nos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2012a).

É evidente que existem diferenças ou desigualdades na situação de saúde entre indivíduos ou entre grupos populacionais. Atualmente, entende-se que estas desigualdades estão relacionadas, positiva ou negativamente, com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Os DSS são compreendidos pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural” (CNDSS, 2008, p.3).

Os DSS são os elementos que permitirão que a saúde seja alcançada ou não. Castro et al (2010) mencionam que o primórdio da discussão a respeito dos DSS ocorreu nos anos 1970 e 1980, período que se debatia sobre a promoção da saúde. Estes debates chegaram à conclusão que somente a assistência à saúde e a orientação sobre o risco de adoecer não eram suficientes para produzir saúde e dar qualidade de vida à população (CASTRO et al, 2010).

Em 2005, os DSS passaram a ter maior evidência, ao ser criado a CNDSS, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta comissão visava confirmar a importância destes determinantes na situação de saúde e defender a extinção e/ou a eliminação das iniquidades em saúde (CNDSS, 2008). No Brasil, esta comissão foi criada em 2006 (CASTRO et al, 2010) e tinha como objetivos: gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no país; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema (CNDSS, 2008).

Promover a saúde com equidade é um grande desafio para os gestores públicos. A magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos impõem que as prioridades para a gestão pública se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes (DRACHLER, 2003, p.461).

Sem dúvida, não é de hoje que, um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores públicos é o de promover a saúde com equidade e combater as desigualdades em saúde, atrelado a insuficiência de recursos. Além disso, compreender que a saúde é determinada socialmente e que todos, não somente o setor saúde, são responsáveis por mantê-la. E ainda, que a equidade em saúde, um dos princípios do SUS, é de responsabilidade compartilhada e deve ser promovida.

Na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, a World Health Organization - WHO (2011) esclarece-se que:

Compreendemos que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos” (WHO, 2011, p.1).

Desta forma, para reduzir as desigualdades em saúde é preciso atuar nos determinantes sociais. A CNDSS recomenda: melhorar as condições de vida;

combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (WHO, 2011).

No relatório produzido pela CNDSS pode ser destacado que estudos realizados revelam que diferenciais em termos de escolaridade, nível de renda, condições de trabalho, acesso aos serviços de saúde, à alimentação de qualidade, ao saneamento, à habitação e à informação em geral; estratificados por gênero, cor/raça e local de residência, têm impactado diretamente no processo saúde/doença (CASTRO et al, 2010).

De acordo com Carvalho (2002) apud Robles (2008) a questão da equidade social no Brasil estimulou a produção de pesquisas que envolveram a área da saúde, a do trabalho e a do ambiente. Atualmente, com o entendimento na determinação social do processo saúde-doença, sabe-se que as condições de saúde não ficam restritas somente ao aspecto de bem-estar físico, mas que também envolve as questões psicossocial que podem determinar riscos para a saúde, incluindo a saúde bucal (ROBLES, 2008).

Dentre os fatores fundamentais que determinam a saúde e a doença, Barata (2008) cita: a política de saúde e a organização dos sistemas de saúde. Este autor discorre que para os formuladores de políticas públicas é imprescindível o conhecimento do perfil de saúde e adoecimento da sociedade para a tomada de decisão e implementação de políticas (diretrizes).

Acrescenta-se ainda o referido autor que a identificação das necessidades de saúde é importante para o planejamento de recursos materiais, humanos e financeiros necessários, permitindo assim, uma definição da organização dos serviços de forma mais apropriada para enfrentar os problemas como também avaliar os impactos e as medidas implementadas.

Barata (2009) discute que as desigualdades sociais no que diz respeito ao estado de saúde e ao perfil patológico da população estão diretamente relacionadas com a organização social, desse modo, podem ser minimizadas em parte pelas políticas públicas, porém, as desigualdades relacionadas com a oferta, acesso e utilização de serviços de saúde são influenciadas tanto pelas políticas de saúde quanto pela organização de serviços.

A WHO (2011) afirma que:

A boa saúde exige a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade. Contudo, ela também depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores, visto que o desempenho destes gera impactos significativos sobre a saúde. Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente eficazes (WHO, 2011, p.1).

A garantia de manter a saúde está na dependência de um sistema de saúde que dê conta de responder aos princípios do SUS e que estabeleça articulações intersetoriais efetivas.

Em suma, as Políticas Públicas devem ser implementadas para que seja garantido o acesso à saúde à população e minimizadas as iniquidades sociais em saúde, porém, para definir estas políticas faz-se necessário compreender que saúde é um direito de cidadania apropriando-se do seu conceito ampliado no contexto de que esta é influenciada por inúmeros determinantes sociais (BADZIAK; MOURA, 2010).

4.2 Saúde Bucal

4.2.1 Panorama Histórico da Saúde Bucal

Em um breve histórico, pode-se mencionar que, por muitos anos, a atenção em saúde bucal no Brasil caracterizava-se como tangencial ao sistema público de saúde pelo fato de que, a assistência odontológica, até as últimas décadas do século XX, era baseada na prática liberal privada, assistência aos trabalhadores formais e serviços de atendimento odontológico ao escolar (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Contudo, este cenário foi se modificando ao longo do tempo. A saúde bucal foi adquirindo, no âmbito do SUS, gradiente crescente de destaque e importância dentro das políticas de saúde (ROBLES, 2008).

As precariedades gerenciais, falta de recursos, a ausência de enfoque epidemiológico dos programas conduziu a Atenção à Saúde Bucal no Brasil (até o final dos anos 1990) num modelo apoiado em fatores biológicos, ofertando assistência a poucos e com procedimentos, muitas vezes, radicais e mutiladores. No entanto, esse quadro vem se alterando paulatinamente com a incorporação de políticas públicas de ampliação do acesso, inserção de novas tecnologias, fluoretação das águas de abastecimento e educação em saúde. Medidas essas que vem causando impacto na redução da

cárie, uma das doenças mais prevalentes na boca (NARVAI, 2006 apud ROBLES, 2008, p.35).

Tomando como base os documentos referentes à atenção em saúde bucal e os relatórios das Conferências - Nacional de Saúde e de Saúde Bucal, nos últimos anos enumeram-se três principais dimensões responsáveis pelo merecido destaque no campo da saúde bucal.

Primeiro, a magnitude dos problemas bucais que interfere na qualidade de vida da população. Segundo, a incorporação de novos modelos de atenção integral à saúde, como a Estratégia Saúde da Família (INACIO, 2003). Terceiro, o reconhecimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação (MENDES, 2006).

Na história das conferências, a questão da saúde bucal tornou-se preocupação no país somente em 1967, na IV Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde foi discutido o tema “Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde”. A 8ª CNS em 1986 ampliou a discussão sobre saúde (INACIO, 2003).

Em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde foi realizada a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), nos três níveis de governo, que promoveu ciclos de debates sobre a saúde bucal coletiva (ROBLES, 2008). Na 1ª CNSB (1986) foram assinalados rumos para a inserção da Odontologia no SUS, a 2ª CNSB (1993) teve como tema “A saúde bucal, como direito de cidadania” e na 3ª CNSB (2004) o assunto foi sobre a “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” (MENDES, 2006).

Nos últimos dez anos, verificou-se que a atenção em saúde bucal no país ganhou espaços nas Políticas Públicas, principalmente no nível da atenção primária à saúde com a edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004 e a incorporação das ESB na ESF, constituindo-se em uma proposta de reorientação das práticas em saúde (NICKEL, 2008). A PNSB vem confirmar e normatizar a efetivação dos princípios do SUS no campo da saúde bucal (ROBLES, 2008).

Essa política “estimulou o interesse de retomar o caminho para a excelência nos serviços odontológicos com o aumento da atenção governamental e dos recursos

para o problema de saúde pública que as doenças bucais constituem” (ROBLES, 2008, p.36).

Pesquisas realizadas em âmbito nacional como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 1998 e 2003 e os Levantamentos Epidemiológicos de Saúde Bucal de base populacional em 1986 e 2003 vêm destacando a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (MENDES, 2006). E mais recentemente, o resultado do levantamento epidemiológico em saúde bucal de 2010 vem ratificar esta preocupação.

Martins (2005) comenta que:

Os padrões de saúde bucal e a tendência da cárie e da doença periodontal no país podem ser descritos através da análise dos quatro levantamentos epidemiológicos de base nacional, já realizados no Brasil (1986, 1993, 1996 e 2003). A saúde bucal da população brasileira tem sido pouco analisada ao longo dos anos e o conhecimento da mesma é de fundamental importância para a elaboração de políticas de saúde (MARTINS, 2005, p.56).

Este autor acrescenta ainda:

O levantamento de 2003 foi o mais abrangente, seguindo boa parte do questionário da OMS de 1997, acrescido ainda de aspectos subjetivos, como caracterização socioeconômica, autopercepção em saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos, com questionamento quanto à satisfação da população com os mesmos (MARTINS, 2005, p.57).

4.2.2 Determinação Social da Saúde Bucal

“A saúde bucal, como parte integrante da saúde geral do ser humano, reflete as condições de saúde, as socioeconômicas e a qualidade de vida” (ROBLES, 2008, p.29).

É mundialmente reconhecido que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e está relacionada com os determinantes sociais de saúde. Apesar dos avanços na área, ainda convive-se no país com grandes desigualdades na situação de saúde bucal da população em diferentes grupos e entre níveis sociais.

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro com extensas consequências para a saúde, especialmente, bucal. Os agravos bucais e suas sequelas são de

grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública com graves consequências sociais e econômicas. A saúde bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui, ainda, um grande desafio aos princípios do SUS (BATISTA, 2010).

As necessidades odontológicas da população são numerosas e desiguais. Manfredini (2003) pontua que deve ser criado um sistema simplificado que tenha efetividade para o diagnóstico destas necessidades, incluindo a percepção subjetiva do indivíduo com informações sociais e culturais e a avaliação de vulnerabilidade às doenças bucais relacionando questões: social, econômica, cultural, ambiental e de acesso aos serviços, a situação de saneamento, os serviços existentes e a capacidade de acesso da população a esses serviços tanto pela capacidade econômica como geográfica.

Diante desta discussão, é inquestionável a estreita relação entre a saúde bucal e a determinação social de saúde. A associação entre DSS e o processo saúde-doença bucal tem sido objeto de estudo de inúmeros trabalhos científicos (LIMEIRA et al, 2010; BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Limeria et al (2010) observaram que a condição social representa um importante determinante das condições de saúde bucal e concluiu que pessoas de baixa renda têm dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, como também estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas de saúde bucal.

Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004) evidenciaram correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento social relacionado à renda, moradia e escolaridade com cárie dentária. Por isso, a importância de associar estes determinantes na priorização da demanda.

A associação da saúde bucal com os determinantes sociais de saúde é inquestionável, deve-se selecionar indicadores para avaliação da saúde bucal que permitam identificar esta associação, pois “os indicadores são utilizados como ferramentas capazes de medir de forma sintética, aspectos relevantes do estado de saúde das populações e sua correlação com os fatores condicionantes e determinantes” (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005, p. 58).

4.3 Gestão em Saúde

4.3.1 Gestão do SUS

Fruto de transformações político-institucional no sistema de saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (RONCALLI, 2003).

A Constituição Federal garantiu um SUS caracterizado na sua organização pela hierarquização, descentralização dos serviços e das políticas públicas e participação social. Estabeleceu como uma de suas diretrizes mudanças no processo de participação da comunidade na organização desse sistema (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001).

Os gestores do SUS, em cada esfera de governo, comandam um sistema de saúde que tem como princípios fundamentais a garantia da saúde universal, equânime e integral a toda população. Este Sistema caracteriza-se, portanto, pelo propósito de ofertar os serviços de saúde a todo cidadão, de acordo com a necessidade, por meio das ações de promoção, proteção e recuperação à saúde (RONCALLI, 2003).

A atuação técnica do gestor do SUS se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (SOUZA, 2002, p.25).

Institucionalmente, os gestores do SUS são os representantes de cada instância de governo designados para executar as funções do Executivo na saúde, sendo eles: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003a). Contudo, na prática entende-se a Gestão do SUS como “um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação da Política de Saúde” (TAMAKI et al, 2012, p.840).

Merhi (2007) discute que os atores centrais no conjunto de ações da saúde são representados pelos usuários (individual ou coletivo), o trabalhador e o governo. Para este autor, não são somente aqueles que ocupam o governo formal na máquina estatal ou no aparato jurídico-político do Estado, os únicos atores neste processo, mas sim diferentes atores que desempenham diferentes governabilidades.

Não é porque um grupo ou indivíduo não seja formalmente governo que ele também não tenha governabilidade sobre certos processos, marcando com sua capacidade de governo o modo como se faz gestão das práticas institucionais e técnicas (MERHI, 2007, p. 16).

Mesmo considerando que os três tipos de atores deste cenário são governantes, este último ocupa o lugar institucional do governo, o lugar daquele que expressa o lugar formal de governo, o lugar daquele que está ali porque é gestor formal da maquinaria implicada no processo global. Aquele que, de certa forma, expressa um certo bloco político, que disputa e ocupa espaço no interior do Estado, com todos os constrangimentos e liberdade que isto implica (MERHI, 2007, p. 17).

Desta forma, para o referido autor, os usuários correspondem ao conjunto de indivíduos ou grupos portadores e produtores de necessidade de saúde. Os trabalhadores, os que dominam certos saberes, práticas e certos modos de fazer saúde que operam sobre as necessidades. O governo é representado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar (MERHI, 2007).

Nos dias de hoje, os gestores do SUS figuram como os principais responsáveis pela condução das políticas de saúde, pelo planejamento, financiamento, regulação, coordenação, controle, avaliação e prestação direta dos serviços; e vêm enfrentando dificuldades que, se não superadas, podem comprometer a integralidade deste sistema (OLIVEIRA, 2009).

As dificuldades vivenciadas pelos referidos gestores estão, em sua maioria, relacionadas a uma multiplicidade de fatores, tais como: ao financiamento, principalmente com a escassez de recursos, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, a dificuldade de eficiência administrativa para operação do sistema, supondo-se que esta última advém da falta de capacidade técnica dos gestores (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Na saúde bucal, este panorama não é diferente. Os gestores públicos vêm enfrentando o desafio de manter a atenção em saúde bucal respeitando os princípios do SUS, a integralidade, a universalidade e a equidade, de tal modo que esta seja acessível e eficiente a toda população.

A atenção à saúde pública no país tem se constituído também, em um dos grandes desafios a esses gestores. Para que estes possam tomar as decisões e ordenar a

alocação de recursos para as ações é preciso mensurar a situação de saúde da população e as suas necessidades, bem como avaliar o impacto das políticas públicas implementadas, porém, esta mensuração é muito difícil porque envolve diferentes dimensões, além de exigir dos atores esforços, habilidades e conhecimentos para executar tal atividade.

Viacava et al (2004) mencionam que:

A partir dos anos 80 gestores dos sistemas de serviços de saúde de todo o mundo depararam-se com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, tendo em vista a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público *vis-à-vis* a redução dos recursos disponíveis para o setor, assim como para a política social em geral, o aumento incontrolável das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações. Além disso, a busca de alternativas que possibilitassem o alcance de maior equidade e proporcionassem serviços de melhor qualidade tornou-se peremptória diante do aumento das desigualdades e da piora das condições de vida e saúde das populações (VIACAVA et al, 2004, p. 712).

O processo de descentralização dos sistemas de serviços de saúde expandiu a responsabilidade dos gestores no nível local. Com a descentralização ampliou-se:

O contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006a, p 5).

Diante da realidade apresentada, esses gestores tiveram que assumir diferentes responsabilidades após o processo de descentralização do SUS e da mudança nas condições de vida, saúde e adoecimento da população. Gerir o Sistema, tanto a operacionalização como o financiamento, de forma eficiente, eficaz e transparente, atendendo os princípios do SUS e com o objetivo final de alcançar a efetividade, passa a ser uma tarefa exigida a todos os gestores.

Outra responsabilidade apresentada à gestão pública é a de definir quais as medidas utilizadas para monitorar e avaliar os programas, políticas e serviços. Entendendo que um mesmo programa poderá apresentar diferentes resultados quando implantado sob diferentes condições contextuais (TAMAKI et al, 2012).

4.3.2 Planejamento em Saúde

Para exercer a gestão dos serviços com eficiência e equidade, o planejamento passa a ser uma ferramenta necessária no cotidiano das práticas em saúde.

“A noção mais simples de planejamento é a de não-improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada, e nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo o processo de trabalho, e conseqüentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é inerente a vida humana” (GIOVANELLA, 1991, p.26)

O planejamento deve, portanto, caracterizar-se como um processo permanente e dinâmico de forma a garantir que as ações sejam baseadas na realidade, e se necessário for, que o rumo destas ações seja corrigido, que possibilite o enfrentamento dos imprevistos e que seja orientado para o alcance dos objetivos propostos (BRASIL, 2008b).

Para Pinto (2008) o planejamento corresponde a um processo dinâmico constituído de etapas ou instâncias relacionadas entre si, sendo elas: compreensão da realidade; hierarquização dos problemas e definição das diretrizes; elaboração e execução da programação; e acompanhamento e avaliação.

No planejamento em saúde bucal municipal, o diagnóstico é importante por ser um elemento desencadear do processo, onde se verifica aspectos gerais e específicos, tendo como objetivo identificar as estratégias que devem ser estabelecidas e as ações a serem implementadas (MANFREDINI, 2003).

O planejamento das ações e serviços odontológicos baseado no conhecimento da realidade de saúde de cada localidade proporciona uma prática em saúde bucal efetivamente resolutiva (TERRERI; SOLER, 2008).

4.3.3 Avaliação em Saúde

O monitoramento e a avaliação constitui-se parte fundamental do processo de planejamento. O monitoramento refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes, propondo verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados (TAMAKI et al, 2012).

Felisberto (2004) menciona que o monitoramento das informações, resultantes das práticas no cotidiano da atenção, possibilita a avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações. Este autor discute ainda que, apesar destas informações não permitirem a compreensão de todas as mudanças desejáveis, estas são essenciais na orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas em saúde.

A avaliação tem como principal função mensurar se os resultados foram alcançados e também fornecer instrumentos para o alcance dos objetivos a que se propôs (BARCELO, 2001).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, p. 30).

A avaliação tem uma gama de proposições que incluem: dar suporte aos processos decisórios no SUS, subsidiar a identificação de problemas e reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a).

A avaliação de políticas e programas envolve a participação de múltiplos atores, uso de vários focos e métodos, considerando as diferentes percepções sobre o objeto de estudo (FELISBERTO, 2004).

Para realizar uma avaliação exige-se uma pactuação antecipada do seu objeto e os seus objetivos, portanto, é uma etapa do planejamento que exige consenso entre os diferentes atores do sistema. Este consenso permitirá a realização da avaliação e que os envolvidos estejam devidamente comprometidos com o processo decisório e com a mudança, para se alcançar uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

A avaliação pode constituir-se numa ferramenta de negociação permanente e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, deste modo, integrando no processo de trabalho dentro do SUS e contribuindo para que esta seja institucionalizada (BRASIL, 2005a).

Para Felisberto (2004) a institucionalização tanto do monitoramento quanto da avaliação, na rotina dos serviços de saúde, requer o fortalecimento e o desenvolvimento da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema.

Esse autor sugere que o monitoramento e avaliação sejam adotados para subsidiar o planejamento e a gestão, tornando-se instrumento de suporte na definição de políticas públicas e no processo decisório e de formação de sujeitos e consequentemente, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. Ainda conforme o referido autor, processos estruturados e sistemáticos podem ser promovidos, corroborando com os princípios do SUS e abrangendo as diversas dimensões: gestão, cuidado e impacto sobre o perfil epidemiológico.

Malik e Schiesari (1998) discutem que há muito se tem a preocupação em avaliar serviços e sistemas de saúde, no entanto, é ainda recente a implantação de avaliações sistemáticas, apesar do interesse em associar os investimentos no setor saúde com os resultados da assistência prestada, visto que os recursos disponíveis são limitados para esta área.

O processo de avaliação pode ter o enfoque direcionado ao indivíduo, e neste caso ganham centralidade as relações entre prestadores e usuários, além das questões técnicas referentes ao cuidado em si, e quando o enfoque for dado ao sistema de saúde, ganham importância a acessibilidade, a cobertura e a equidade (VIEIRA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Vieira-Silva e Formigli (1994) discorrem que os sistemas de saúde podem ser avaliados em relação às práticas de saúde e à sua organização utilizando as seguintes dimensões (atributos) e subdimensões relacionadas com:

- a) a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura, acessibilidade e equidade;
- b) o efeito das ações e práticas de saúde implementadas: eficácia, efetividade e impacto;
- c) os custos das ações: eficiência;
- d) a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: qualidade técnico-científica; e

e) a percepção dos usuários sobre as práticas: satisfação dos usuários, aceitabilidade.

A etapa de avaliação por si só não garante mudança ou melhoria na atenção. É que, conforme Felisberto (2006, p. 554), “o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional”. Semelhantemente, no planejamento em saúde bucal, a avaliação e monitoramento são etapas importantes, pois se constituem em mecanismo de definição de rumos, como discutido por Pinto (2008):

O acompanhamento e avaliação constituem fases essenciais do planejamento não só porque permitem saber se o planejamento que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitarem a introdução de ajustes e correções de rumo em planos que sofreram acidentes de percurso (PINTO, 2008, p. 35).

Um sistema de avaliação em saúde bucal deve consolidar informações relativas à epidemiologia, vigilância sanitária e acompanhamento dos serviços, informações estas que devem estar disponíveis no nível local e consolidadas e analisadas no sistema municipal (MANFREDINI, 2003).

O Ministério da Saúde procurando orientar o processo de avaliação e monitoramento da atenção básica formulou a proposta do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Este corresponde a um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo tendo como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde, entre eles os de saúde bucal, previamente definidos e acordados (BRASIL, 2003b).

4.4 Informação em Saúde

4.4.1 Importância da Informação em Saúde

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde propicia aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a análise da situação de saúde ou para a definição de prioridades e a reorientação de práticas. A utilização desse potencial inexplorado deve ser uma meta nos processos de elaboração de instrumentos para o Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (TAMAKI et al, 2012, p.841).

É inquestionável a importância da informação nos processos de trabalho em todas as áreas como no dia a dia das pessoas. A cada dia mais se verifica a expressiva importância que a informação, propagada por diferentes meios de comunicação e tecnologias, vem assumindo na sociedade (BRANCO, 2001).

Conforme Ferreira (2001), em infinitas situações cotidianas, as informações são utilizadas para tomada de decisão, porém, nem sempre o acesso à informação garante que toda tomada de decisão seja assertiva.

Esta ausência, em certas situações, de assertividade, é explicada pelo autor, devido ao fato de que as informações refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as utiliza. Ainda para este autor, a informação não é neutra, depende da interpretação de quem as analisa e utiliza, assim mesmo em situações que as informações acessadas são confiáveis, mantêm-se certo grau de incerteza, pois depende do tipo de situação e de quem virá a intervir sobre ela (FERREIRA, 2001).

Na área da saúde, a importância da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades do setor tem sido cada dia mais tema de discussão. Este tema tornou-se evidente com o processo de implantação do SUS que ocorreu em 1988, posto que os dispositivos legais e os princípios que norteiam o sistema dão ênfase à importância das informações e à utilização de indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal (BRANCO, 2001).

A informação em saúde deve permitir a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, isto é, identificar os fatores que determinam este processo. Desta maneira, a informação em saúde deve abranger os dados produzidos pelo setor como também, aqueles produzidos por outras esferas de atuação (BRANCO, 2001).

A informação em saúde é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão. (BRANCO, 2001, p.165).

4.4.2 Processo de Produção da Informação

Diariamente, os profissionais de saúde, gestores do sistema de saúde e a população de maneira geral se deparam com as notícias disponibilizadas nos meios de comunicação sobre as condições de saúde da população. Estas notícias, na maioria das vezes, são resultantes de pesquisas com coleta de dados, realizadas por profissionais de diversas áreas e que posteriormente, estes dados foram analisados e transformados em informação. Para a gestão do sistema de saúde estas informações são insuficientes para a tomada de decisão. É importante, conhecer os fatores que interferem no processo saúde-adoecimento, isto é, identificar os elementos que influenciam ou determinam esta condição. É por meio de indicadores de saúde que estes aspectos podem ser analisados.

Para que a informação venha a se caracterizar em elemento para a tomada de decisão, é preciso compreender o processo de produção desta.

A produção da informação é composta por um conjunto de elementos relacionados entre si, sendo o dado o componente básico. Desta maneira, “o dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação” (BRANCO, 2001).

O dado é a “base para gerar informações”. Isto quer dizer que são as informações onde não foi realizada análise ou emissão de um juízo de valor; a partir do momento em que se faz a análise do dado este passa a ser uma informação (RONCALLI, 2009).

A informação é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações (BRANCO, 2001, p.164).

A informação tornar-se-á um indicador a partir do momento que esta se caracterizar em uma representação, numérica ou não, que permita conhecer sobre uma determinada situação de saúde (RONCALLI, 2009).

Em suma, Roncalli (2009) define que o dado corresponde a informação de forma bruta, sem análise; a informação é quando há a emissão de juízo de valor e análise dos dados; e o indicador corresponde a dados transformados em informações que

permite o conhecimento de uma determinada situação de saúde ou a retratação de uma dada realidade.

De maneira geral, os indicadores, em sua maioria, resultam de dados ou informações produzidas pelos serviços de saúde, estudos específicos (inquéritos e levantamentos epidemiológicos) ou dos sistemas de informação em saúde (RONCALLI, 2009).

4.4.3 Sistemas de Informação

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação utiliza-se o sistema de informação entendido como um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos (BRANCO, 2001, p.164).

Aos gestores do Sistema de Saúde competem as funções de planejar, monitorar, avaliar e executar (OLIVEIRA, 2009). Para exercer estas funções com proficiência requer-se um sistema de informação bom e integrado. A partir deste sistema diversas informações podem ser obtidas e analisadas.

Ferreira (2001) menciona que a estruturação do Sistema de Informação em Saúde (SIS) apoia-se em três ideias, sendo elas:

1. Todas as atividades realizadas por um Sistema de Saúde geram dados que podem produzir informações.
2. Todas estas atividades são realizadas em determinados tipos de unidades de produção ou unidades operacionais (como exemplo: unidade de saúde) que compõem o Sistema de Saúde e devem contar com informações que subsidiem o processo de planejamento, controle, avaliação e redirecionamento das ações.
3. Existem dados e informações gerados nessas unidades que interessam tanto a própria unidade como a todo Sistema de Saúde. Estas informações são consideradas estratégicas para avaliação permanente das respostas que estão sendo produzidas e do impacto obtido sobre a situação de saúde.

Conceitualmente:

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (BRANCO, 2001, p.165).

Ao combinar as definições de SIS segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Ferreira (2001) descreve que este é entendido como:

Um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde (FERREIRA, 2001, p. 171).

O processo de gestão no setor saúde demanda a produção de informações para avaliação e tomada de decisão e este processo precisa ser contínuo e sensível o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde (FERREIRA, 2001).

O SIS tem o papel de organizar a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis, garantindo uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto destas sobre a situação de saúde; assessorar o desenvolvimento de sistemas de informação conforme as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde; e contribuir para que os profissionais construam uma consciência sanitária coletiva, como base de ampliação do exercício do controle social e da cidadania; como também contribuir com uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão (FERREIRA, 2001).

O propósito do SIS deve ser o de informar o público, representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de várias influências na saúde individual e coletiva e o de apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução dos problemas identificados (BRANCO, 2001).

A atribuição comum à União, estados e municípios, de organização e coordenação de um SIS está prevista em dispositivos legais como Lei Orgânica da Saúde dispondo que ao município é atribuído um papel mais amplo e espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região (BRANCO, 2001).

Ferreira (2001) descreve que as informações necessárias para a gestão de um Sistema de Saúde devem:

- Permitir o conhecimento, o acompanhamento e a avaliação permanente da situação de saúde;
- Apoiar a tomada de decisões no processo de gestão do sistema e de gerência dos serviços de saúde, considerando a eficiência, a eficácia e a efetividade das respostas produzidas.

Desta maneira, um SIS deve produzir indicadores capazes de medir a eficiência, a eficácia e a efetividade de um Sistema de Saúde no enfrentamento da situação de saúde indicada (FERREIRA, 2001).

No setor público de saúde, reconhece-se a importância de empreender esforços para a obtenção e manutenção de dados e informações de abrangência nacional, que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país, possibilitando análises comparativas entre os diversos estados, municípios e regiões, de forma a subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de gestão. A informação é fundamental para a democratização e o aprimoramento da gestão do setor saúde (FERREIRA, 2001, p. 182).

Ferreira (2001) enumera diversos problemas apresentados nos sistemas de informação tais como: a falta de integração entre os diversos sistemas existentes, a falta de confiabilidade dos dados e a baixa utilização das informações. Pode-se acrescentar nesta lista aspectos como a subnotificação, a dificuldade de acesso aos dados e os problemas relacionados à rede de informática.

Para esse autor, apesar desses problemas apresentados, a utilização dos SIS é fundamental para estimular que o processo de tomada de decisões e de avaliação, em todos os níveis do SUS, seja cada vez mais orientado pelo uso de informações e para aperfeiçoar estes sistemas continuamente, apostando em que, por meio de sua ampla utilização, eles poderão ser criticados, corrigidos ou mesmo substituídos (FERREIRA, 2001). Outro fato importante discutido pelo referido autor é de que se

faz necessário viabilizar um processo de consolidação de bancos de dados de abrangência nacional, que permitam o compartilhamento e, em particular, a comparação entre diferentes situações.

Ferreira (2001) menciona ainda que dentre os SIS, em âmbito nacional, encontram-se o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB). Conforme este autor, enquanto o SIA-SUS oferece dados sobre controle orçamentário e produção de serviços ambulatoriais; capacidade instalada e recursos financeiros orçados e repassados aos municípios (referentes à atenção ambulatorial), o SIAB refere-se às ações desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF é atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). O SIAB fornece dados e indicadores sobre: cadastramento das famílias (características das pessoas, dos domicílios e condições de saneamento, entre outros); grupos de risco (crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase); e atividades realizadas (produção e cobertura de ações, notificação de agravos, óbitos e hospitalizações, entre outros) (FERREIRA, 2001).

4.5 Indicadores de Saúde

Há muito tempo, a humanidade, tanto no nível individual quanto no coletivo, vem se preocupando com as questões relativas à saúde, especialmente com o adoecer e morrer. Tornou-se cada vez mais eminente a necessidade de se criar mecanismos que possibilitem analisar as condições de saúde da população com o intuito de diagnosticar sua situação, o seu acompanhamento no tempo e também, avaliar o planejado e programado (LAURENTTI et al, 2005).

Foi com esse intuito que os indicadores ou medidas do estado ou nível de saúde foram propostos para avaliar a saúde nas dimensões: geral ou específica (LAURENTTI et al, 2005). Desta forma, os indicadores de saúde vêm sendo construídos para mensurar estas e outras dimensões.

4.5.1 Concepção: Índice e Indicadores

Na compreensão de Merchán-Hamann, Tauil e Costa (2000) observa-se ainda, na literatura epidemiológica brasileira, o uso indiscriminado e acrítico de termos para denominar indicadores.

Nos levantamentos bibliográficos foram identificadas diversas concepções para os termos índices e indicadores. Apesar da diversidade de conceitos, as concepções contêm a mesma essência e se complementam. Dentre os vários conceitos de índice e indicadores dispostos na literatura alguns deles foram selecionados para ser apresentados a seguir.

Os indicadores podem ser conceituados como:

Medidas-síntese que contem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008 p.13).

É possível verificar a seguir a diferenciação de conceitos feita por Vitor Gomes Pinto (2008) no qual este distingue índice e indicadores baseado na definição clássica de Russel. No qual este menciona que o primeiro corresponde a uma representação numérica precisa, em escalas graduadas e com sentido mais restrito, comparável com outras populações. O segundo tem sentido mais amplo, podendo incluir alguns índices e sua representação é numérica ou não, isto é, informações quantitativas ou qualitativas.

Índice é um valor numérico que descreve a situação relativa (de saúde) de uma determinada população por meio de uma escala graduada de limites superior e inferior definidos, permitindo comparações com outras populações classificadas pelos mesmos métodos e critérios. Pode medir apenas a ocorrência de um problema ou estabelecer o seu grau de severidade, como faz o CPO. (SLACK, 1981 apud PINTO, 2008, p. 163).

Enquanto que:

Indicadores de saúde possuem um sentido mais amplo e podem incluir tanto alguns índices quanto informações qualitativas como acesso a serviços de saúde, a oferta de mão-de-obra, a correspondência entre problemas de saúde bucal e as condições de vida, etc. (SLACK, 1981 apud PINTO, 2008, p. 163).

Na definição dada por Pereira (2008) índice e indicador podem referir-se ao estado de saúde de indivíduos ou populações. Enquanto o indicador é utilizado para representar ou medir aspectos ou situações em uma única dimensão (unidimensional), não sujeitos a observação direta, o índice expressa situações multidimensionais, pelo fato de incorporar em uma única medida diferentes aspectos ou indicadores.

No Dicionário de Epidemiologia da Associação Internacional de Epidemiologia, Last (2001) traz a seguinte conceituação dos referidos termos:

HEALTH INDEX – A numerical indication of the health of a given population derived from a specified composite formula. The components of the formula may be infant mortality rates, incidence rate for particular disease, or other health indicator (LAST, 2001, p. 83).

HEALTH INDICATOR – A variable, susceptible to direct measurement, that reflects the state of health of persons in a community. Examples include infant mortality rates, incidence rates based on notified cases of disease, disability days, etc. These measures may be used as components in the calculation of a health index (LAST, 2001, p. 83).

Em suma, conforme o Dicionário de Epidemiologia, os índices de saúde são calculados a partir de fórmulas compostas e os indicadores de saúde são variáveis e passíveis de medição direta.

Os indicadores de saúde se constituem, dentre proporções, índices e coeficientes utilizados em epidemiologia e saúde pública, em instrumentos para medir a saúde da população, e particularmente, para avaliar tendências e estabelecer comparações em âmbito nacional e internacional (LAURENTI et al, 2005).

Em consonância com outros autores, Merchán-Hamann, Tauil e Costa (2000) consideram que os indicadores correspondem a qualquer medida contada ou calculada ou observação classificável capaz de “revelar” uma situação que não é aparente por si só, e que embora estas observações possam ser nas dimensões qualitativa e quantitativa, tradicionalmente, tem-se privilegiado a última.

Ferreira (2001) discute na concepção abaixo que um indicador é uma representação de um evento que se prioriza ou se propõe avaliar fornecendo informações que permita conhecer uma situação e possibilitando a tomada de decisão para transformar a realidade identificada.

Um indicador é uma representação numérica ou não que, a partir da 'preferência' que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças) e considerando nossas referências e critérios, nos permite produzir informações com vista a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ou qualitativo) sobre determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado. (FERREIRA, 2001. p.181)

Outro conceito de indicadores apresentado é:

Indicadores são medidas utilizadas para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento de objetivos, metas e suas mudanças ao longo do tempo, além de confirmar tendências passadas e prever tendências futuras (BRASIL, 2005b, p.72).

O termo indicador também é conceituado como:

A palavra “indicador” vem de “indicar, apontar, distinguir”, ou seja, os indicadores são instrumentos que permitem caracterizar uma determinada situação ou fenômeno. Os indicadores devem representar uma dada realidade que se deseja caracterizar. (BRASIL, 2007, p. 45).

A partir dos conceitos emitidos por Pinto (2008), RIPSAL (2008), Last (2001), Ferreira (2001) Merchán-Hamann, Taub e Costa (2000), Brasil (2005) e Brasil (2007) assumiu-se neste trabalho a concepção de indicadores como uma medida ou variável (quantitativa ou qualitativa) que é capaz de caracterizar uma situação, condição de saúde ou serviços possibilitando a tomada de decisão.

4.5.2 Utilização dos Indicadores de Saúde

A importância dos indicadores para os planejadores de saúde aparece na definição proposta por Rouquayrol (2003) como:

Parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades, consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 2003, p. 62).

Assim, os indicadores de saúde são medidas que permitem a avaliação da condição e situação de saúde da população e seu acompanhamento ao longo do tempo ou entre coletividades, gerando informações que podem ser utilizadas para o planejamento em saúde.

Os indicadores podem ter vários objetivos, dentre eles (BRASIL, 2007):

- Detectar uma situação de risco relacionada à saúde e ao ambiente;
- Monitorar tendências no ambiente e na situação de saúde;
- Comparar condições de vida, saúde e ambientais em diferentes áreas permitindo a identificação de áreas prioritárias para intervenção;
- Avaliar o efeito de políticas e intervenções específicas sobre saúde, e as condições sociais e ambientais.

No caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores é mencionado que os indicadores são elementos indispensáveis nos processos de monitoramento e avaliação pelos seguintes motivos (BRASIL, 2013):

- permitir acompanhar o alcance das metas;
- embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliarem no processo de tomada de decisão;
- contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; e
- analisar comparativamente o desempenho.

Um dos marcos do uso de indicadores de saúde data de 1952, quando a OMS identificou a necessidade de se criar uma medida que pudesse avaliar o índice ou padrão de vida das coletividades; e em virtude da impossibilidade de se utilizar um único indicador foram sugeridos vários indicadores relacionados como saúde e aspectos sociais (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003, p. 62).

A saúde, portanto, se constituiu, neste período, no principal elemento para se medir o nível de vida, porém, a avaliação de saúde estava relacionada com indicadores que possibilitavam a medida indireta de saúde, pelo fato de serem utilizados coeficientes de mortalidade (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003 p. 62).

Nesta época, a OMS dividiu os indicadores de saúde em três grupos: 1) os relacionados diretamente com a saúde (ou a sua ausência) em um grupo populacional; 2) os que se referem às condições ambientais que têm influência direta sobre a saúde, e 3) os que medem os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Em 1987, a OMS recomendou o uso de dados de óbitos para evitar as deficiências provenientes de outros indicadores como: impossibilidade de fazer comparações internacionais e dificuldade metodológica (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003, p. 62).

Este Informe recomendou ainda os requisitos essenciais que os indicadores de saúde devem apresentar (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003, p. 62):

- dados disponíveis,
- técnica simples de cálculo, para ser facilmente manipulado e compreendido,
- ser uniforme,
- sintético, para que possa abranger o efeito do maior número possível de fatores que tem influência sobre a situação de saúde da população, e
- ter poder discriminatório, para possibilitar as comparações inter-regionais e internacionais.

A OMS em 1987 identificou a necessidade de pesquisa de novos indicadores para avaliar a Atenção Básica em Saúde em relação aos resultados alcançados ou a alcançar (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003 p. 62).

E ainda, em virtude da deficiência de indicadores para analisar a associação da condição de vida e saúde, a OMS no informe Técnico nº 137, propôs a criação de indicadores relacionando os aspectos sociais, econômicos e demográficos: disponibilidade de proteínas e calorias, alfabetização, desemprego, pobreza e fecundidade geral (OMS, 1957 apud ROUQUAYROL, 2003 p. 62).

Laurenti et al (2005) comentam que desde os indicadores propostos pela OMS no Século XX, onde ainda muito deles são utilizados, emana, ao longo do tempo, a necessidade de serem criados novos indicadores em respostas às mudanças que vêm ocorrendo no perfil epidemiológico e demográfico da população.

Novos indicadores de saúde têm sido criados e acompanhados por duas principais razões. Primeiro, para avaliar de forma sistemática a situação de saúde da população. Segundo, como medida de desempenho para melhorar a alocação dos recursos diante da atual crise da saúde (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Os indicadores, conforme Soárez, Padovan e Ciconelli (2005), têm sido amplamente utilizados tanto na gestão pública como na privada, pois estas buscam ferramentas importantes que possam fornecer informações para tomada de decisão por evidência e não por intuição. Estes autores discutem que os indicadores de saúde são fundamentais para a gestão dos serviços e programas de saúde, para a avaliação do sistema de saúde e da saúde da população.

O uso dos indicadores contribui para melhorar a gestão e a qualidade da assistência prestada, pois o acompanhamento do resultado desses instrumentos pode revelar a eficiência da gestão.

Mensurar a saúde é importante para definir a necessidade de tratamento, identificar se o tratamento proposto foi bem sucedido, conhecer as causas das doenças para preveni-las e quantificar a distribuição das doenças para definir a alocação de recursos (NADANOVSKY; COSTA, 2005).

4.5.3 Pré-requisitos dos Indicadores

Na literatura são apresentadas uma série de características denominadas de atributos, critérios ou requisitos exigidos aos indicadores. É consenso que na escolha de um indicador, seleciona-se aquele que contém o maior número de atributos, porém, sabe-se que na prática, aquele que melhor se adequa aos seus propósitos, nem sempre apresenta todos os atributos (RONCALLI, 2009). Algumas destas características dos indicadores, enumeradas por diferentes autores são apresentadas a seguir, entretanto, observa-se que algumas se assemelham outras se complementam.

Ware (1981) menciona que previamente à seleção dos indicadores de saúde é necessário que se tenha claramente definido o objetivo do estudo, bem como a dimensão da saúde que se quer avaliar. Para a eleição de um indicador que seja adequado ao propósito almejado as três seguintes características devem ser avaliadas: 1) praticidade na aplicação, alcançar o objetivo e análise; 2) confiabilidade, permitindo comparação entre grupos ou indivíduos e 3) validade, produzindo informações sobre a dimensão da saúde que pretende avaliar (WARE, 1981).

Os indicadores de saúde são instrumentos programados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, constituindo ainda como variáveis úteis para quantificar e acompanhar os resultados de ações (MALETTA, 1992).

Para que os indicadores sejam úteis, Maletta (1992) menciona que estes devem cumprir vários requisitos. Para o autor, um dos mais importantes requisitos, provavelmente seja o de validade ou especificidade, isto é, condição de medir a variável que interessa e não outra coisa. Além disso, devem ser facilmente obtidos para diferentes áreas e épocas; ser facilmente calculado a partir de informações básicas; abranger o maior número possível das condições que afetam a situação que eles descrevem; e ter o poder de distinguir e apontar os vários níveis de saúde (MALETTA, 1992).

Para que um indicador seja considerado de excelência exige-se que este apresente os seguintes atributos (RIPSA, 2008):

- Validade - capacidade de medir o que se pretende. Esta é determinada pela sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado).
- Confiabilidade - reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares.
- Mensurabilidade - basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir.
- Relevância - responder a prioridades de saúde e
- Custo-efetividade: os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

Pereira (2008) descreve que no processo de escolha de um indicador de saúde que seja apropriado para medir uma dada situação é preciso inicialmente delimitar o problema, condição, tema ou evento de interesse para mensuração. Em seguida, analisar alguns critérios para a sua seleção e avaliação. Dentre estes critérios encontram-se além da validade (capacidade de medir ou representar o fenômeno que se pretende mensurar), e confiabilidade (reprodutibilidade ou fidedignidade, que significa a capacidade de obter resultados semelhantes quando a mensuração for repetida), já apresentadas anteriormente, também, a representatividade (capacidade

de maior alcance de cobertura populacional), a obediência aos preceitos éticos (a coleta de dados não acarrete malefícios ou prejuízos às pessoas) e a oportunidade, simplicidade, facilidade de obtenção e custo compatível (PEREIRA, 2008).

Laurenti et al (2005) acrescenta ainda que os indicadores devem apresentar os seguintes requisitos:

- Disponibilidade de dados da população;
- Padronização internacional na definição e procedimento empregados no seu cálculo;
- Simplicidade na construção e facilidade de interpretação;
- Possibilidade de refletir o maior número de fatores que influencia na saúde; e
- Permitir a comparação entre populações e em diferentes períodos.

Assim, para a escolha de indicadores precede-se o entendimento da realidade e dos processos que se deseja “indicar”. Os indicadores devem servir para comparações entre lugares, grupos ou períodos distintos, desta forma, pressupõe-se uma padronização da unidade de medida, dos procedimentos metodológicos e dos sistemas de informação (BRASIL, 2007).

A seleção ou construção dos indicadores está na dependência da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região (RIPSA, 2008). E também, é necessário que se conheça o referencial teórico, sobre o qual eles estão fundamentados, a determinação dos critérios a serem empregados na seleção e como os mesmos são calculados (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

4.5.4 Tipos de Indicadores

O conceito de saúde conforme Nadanovsky e Costa (2005) pode ser negativo (saúde como ausência de doença) ou positivo (saúde como bem-estar). Estes autores discutem que, assim, há indicadores de saúde que definem a saúde (ou

doença) como ausente ou presente e os que a definem conforme um gradiente que varia de pouco a muito saudável ou pouco ou muito doente.

Os indicadores de saúde podem ser classificados em os que medem aspectos relativos à doença e os que medem as condições que prejudicam a saúde dos indivíduos (NADANOVSKY; COSTA, 2005).

Para avaliação das condições de saúde requer-se informações tanto do estado de saúde como dos principais problemas de saúde (BARATA, 2008). Neste caso engloba-se os aspectos relacionados ao estado de saúde (comportamentos, hábitos e percepção da saúde), e os agravos e doenças que acometem uma população ou indivíduos.

Barata (2008) descreve que os indicadores são utilizados para medir as seguintes dimensões relacionadas à condição de saúde: estado de saúde, o perfil de morbidade, o perfil de mortalidade e a distribuição populacional de alguns fatores de risco (exemplo: consumo de cigarro, uso de álcool, sedentarismo e obesidade/desnutrição). Desta forma, não há um único indicador para avaliar todas estas condições de saúde, é preciso um conjunto de indicadores para medir todas estas dimensões. Barata (2008) agrupa estes indicadores em quatro dimensões: 1) indicadores de mortalidade, 2) indicadores de morbidade, 3) indicadores de fatores de exposição e 4) indicadores de estado de saúde.

Os indicadores de estado de saúde, diferentemente dos indicadores de morbidade e mortalidade, considerados como indicadores indiretos para medir a saúde, são classificados como indicadores positivos de saúde (BARATA, 2008).

Conforme Barata (2008) um indicador de estado da saúde, por exemplo, é a auto-avaliação do estado de saúde, que indica a percepção e a avaliação dos indivíduos sobre a sua saúde.

Os indicadores podem ser denominados conforme a sua categoria ou tipo. Os tipos de indicadores mais frequentemente apresentados são: os demográficos; os socioeconômicos e os de saúde (BRASIL, 2005b).

Os Indicadores e Dados Básicos (IDB) é uma publicação do Ministério da Saúde que contem os principais indicadores utilizados nos serviços de saúde no Brasil. No total são 93 indicadores classificados em seis categorias: demográficos,

socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco e proteção, recursos e cobertura. Esta publicação apresenta os conceitos destes indicadores, seus métodos de cálculo, definição de categorias e fontes de dados. O IDB é atualizado anualmente e apresentado por regiões e estados brasileiros (RONCALLI, 2009).

Para a avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, Viacava et al (2012) propuseram uma metodologia onde foram geradas quatro dimensões: (1) determinantes de saúde, (2) condições de saúde da população, (3) estrutura do sistema de saúde, e (4) desempenho do sistema de saúde.

4.5.5 Indicadores de Saúde Bucal

Saúde bucal é um conceito abstrato. Existem vários aspectos concretos que refletem esse conceito abstrato e esses, na pesquisa odontológica, são chamados de indicadores de saúde bucal (NADANOVSKY, COSTA; 2005, p.143).

Entendendo que o conceito de saúde bucal tem um caráter abstrato, portanto de difícil mensuração, definiu-se a adoção de indicadores de saúde que tentam a mensuração de saúde bucal de forma concreta (NADANOVSKY, COSTA; 2005).

O uso de indicadores na área de saúde bucal, segundo Roncalli (2009) iniciou a partir da estruturação dos primeiros modelos assistenciais com programação definida. Cita-se o Sistema Incremental de Atendimento aos Estudantes, proposto pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no início dos anos 1950, em que propunham uma série de indicadores avaliativos, a maioria na dimensão produtividade e eventualmente de eficácia baseado no índice CPO-D ao longo do tempo (MEIRA, 1985 apud RONCALLI, 2009).

Nadanovsky e Costa (2005) listam os indicadores de condição de saúde bucal e suas dimensões para utilização em pesquisa (Quadro 1).

Nadanovsky e Costa (2005) classificam os indicadores de condição de saúde bucal nas dimensões: cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, perda de dente e bem estar. Ainda são incluídos, porém menos frequentes, as lesões de mucosa e a disfunção temporomandibular.

Quadro 1- Classificação dos Indicadores de condição de saúde bucal segundo Nadanovsky e Costa (2005)

CONDIÇÃO BUCAL	INDICADOR DE SAÚDE BUCAL
Cárie	- pelo menos um dente permanente cariado, perdido ou obturado devido à cárie.
	- número de dentes permanente cariados, perdidos e obturados devido a cárie CPO-D (dentição permanente)
	- número de dentes decíduos cariados, com extração indicada ou obturados – ceo-d (dentição decídua)
	- perda/mortalidade dentária devido à cárie
Doença periodontal	- perda excessiva de osso alveolar para a idade
	- perda excessiva de inserção periodontal para a idade
	- mobilidade dentária
Má oclusão	- Index of Orthodontics Treatment Need (IOTN)
	- Dental Aesthetic Index (DAI)
Perda de dente	- Número de dentes perdidos
	- Dentição funcional
	- Edentulismo
Bem-estar	- Item global da saúde bucal
	- Dor de dente
	- Hálito
	- Instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde bucal:
	1- Geriatric –or General –OralHealth Assessment Index (GOHAI) 2- Dental Impact in Daily Living (DIDL)

FONTE: NADANOVSKY; COSTA, (2005).

4.5.6 Medidas dos Indicadores

Os indicadores são construídos conforme o que se quer medir e a sua escolha varia de acordo com os objetivos que se quer alcançar, podendo ser apresentados em duas dimensões: quantitativa e qualitativa (BRASIL, 2005b).

Os indicadores podem ser expressos por valores absolutos (número), proporções (relativos) e coeficientes ou taxas, na forma de medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas, médias geométricas) ou de dispersão (desvio padrão) (MERCHÁN-HAMANN; TAUILL; COSTA, 2000). Também podem ser apresentados na forma de índice.

4.5.6.1 Medida tipo valor absoluto (número)

CONCEITO: refere-se a dados não tratados em relação a um todo (BRASIL, 2005b). É a representação de determinado evento por um número inteiro.

Esta forma de apresentação é útil no planejamento e na administração da saúde para estimar, por exemplo, o número de medicamentos e insumos em geral, mas tem como desvantagem a impossibilidade de fazer comparações em relação ao tempo ou lugar (BRASIL, 2005b).

Exemplo:

A contagem ou incidência de casos de um evento de saúde-doença em um período, como a incidência absoluta de febre amarela no Brasil em 1999 ou número de casos de óbitos. Como também, o número de pessoas que, em virtude de um hábito, se encontram expostas a um risco, como pode ser a estimativa de número de fumantes em uma comunidade (MERCHÁN-HAMANN; TAUILL; COSTA, 2000).

4.5.6.2 Medida do tipo proporção

CONCEITO: Quociente entre duas medidas, estando os indivíduos do numerador incluídos no denominador e expresso em percentual, pode ser usada para estimar a probabilidade de um evento (BRASIL, 2005b).

A proporção é a relação entre frequências atribuídas de determinado evento, sendo que no numerador, registra-se a frequência absoluta do evento, que constitui subconjunto da frequência contida no denominador (BRASIL, 2005b).

FÓRMULA:

Proporção:	$\frac{\text{nº total de pessoas com determinada condição}}{\text{População total}}$	X 100

EXEMPLO:

Proporção de idosos na população: Percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

4.5.6.3 Medida do tipo coeficiente ou taxa

CONCEITO: Define-se coeficiente ou taxa como o número de casos que ocorre em um determinado período de tempo, dividido pela população no mesmo período

multiplicado por uma constante (BRASIL, 2007). Portanto, é a relação entre o número de eventos reais divididos pelos que poderiam acontecer. Esta é a única medida que informa o “risco” de ocorrência de um evento (BRASIL, 2005b).

FÓRMULA:

Taxa =	$\frac{\text{nº de casos}}{\text{População sob risco}}$	X constante (10n)

- Numerador: os casos (óbito, doença, agravo, indivíduos com características específicas, entre outros).
- Denominador: população sob risco (de se tornar doente, de falecer, entre outros). É a população de onde se originam os casos.
- Constante: 10, 100, 1.000, 10.000, 100.000, etc.

Multiplica-se a fração por uma constante, múltiplos de 10, para obter um resultado com menor número de casas decimais e facilitar a leitura. Isto justifica-se pelo fato de que, normalmente, o valor do numerador é bem menor que o do denominador (BRASIL, 2007).

Outra observação é que apesar da escolha da constante ser arbitrária, há uma tendência de se utilizar uma constante padrão em coeficientes específicos, como por exemplo, na taxa de mortalidade infantil onde a constante utilizada é 1000 (BRASIL, 2007).

EXEMPLOS:

Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos de menores de um ano de idade, por 1000 nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Outras taxas utilizam diferente constante múltipla de 10, por exemplo:

Taxa de mortalidade específica por causas externas: número de óbitos por causas externas (acidentes e violências), por 100 mil, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Dentre os indicadores apresentados em forma de coeficientes ou taxa destaca-se:

A- Coeficiente ou Taxa de incidência (TI)

CONCEITO: é o número de casos novos de uma doença em um dado local e período, relativo a uma população exposta (BRASIL, 2005b).

Esta reflete a intensidade com que acontece uma doença em uma população, desta forma, mede a frequência ou probabilidade (risco) de ocorrência de casos novos dessa doença na população (BRASIL, 2005b).

FÓRMULA:

TI =	$\frac{\text{nº de casos novos de uma doença em um local e período}}{\text{População da área no mesmo tempo}}$	X 10n

B- Coeficiente ou Taxa de prevalência (TP)

CONCEITO: é o número total de casos de uma doença, novos e antigos, existentes em um determinado local e período (BRASIL, 2005b). Esta reflete a ideia de acúmulo, indica a força com que subsiste a doença na população, isto é, o número casos novos + antigos (BRASIL, 2005b).

FÓRMULA:

TP =	$\frac{\text{Nº de casos presentes da doença em determinada comunidade e tempo}}{\text{População do mesmo local e período}}$	X 10n

4.5.6.4 Medida do tipo razão

CONCEITO: quociente entre duas medidas relacionadas entre si. O denominador não inclui o numerador, são duas entidades separadas e distintas. Isto é, a relação entre eventos diferentes (BRASIL, 2007). Assim, é a medida de frequência de um grupo de eventos relativa à frequência de outro grupo de eventos. Nesta medida o numerador não é um subconjunto do denominador (BRASIL, 2005b).

Desta forma, a razão é a relação entre duas magnitudes da mesma dimensão e natureza, em que o numerador corresponde a uma categoria que exclui o denominador, isto é, numerador e denominador correspondem a categorias

mutuamente excludentes do mesmo tipo de medida (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000).

O resultado expressa quantas vezes a mais ocorre o evento nos indivíduos do numerador com respeito aos indivíduos do denominador (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000).

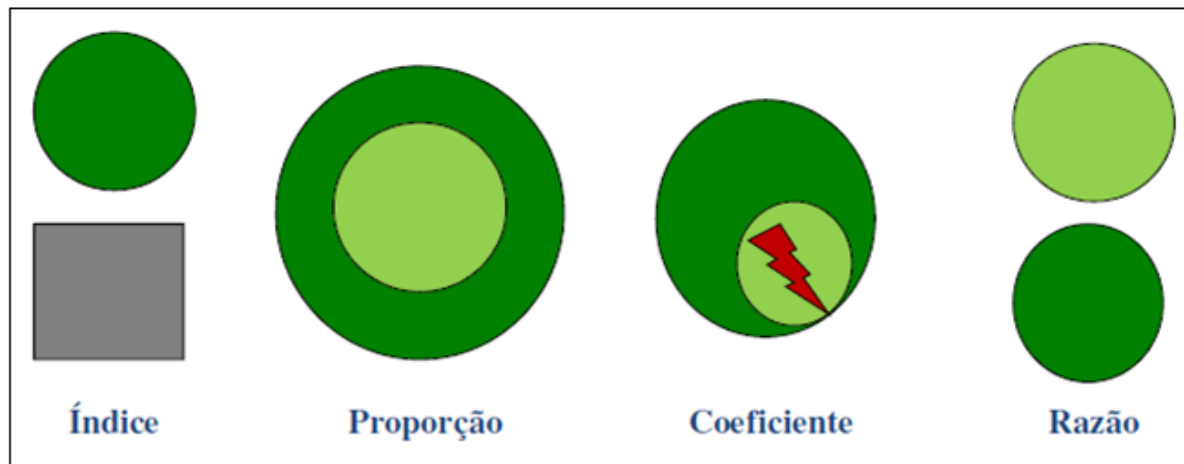
FÓRMULA:

Razão:	$\frac{\text{Nº de evento (A)}}{\text{Nº de evento (B)}}$

EXEMPLO:

Razão entre o número de casos de Aids no sexo masculino e o número de casos de Aids no sexo feminino.

Esquemáticamente, os conceitos das medidas de indicadores podem ser representados conforme a Figura 1.



FONTE: TRAESEL, 2012

Figura 1- Representação esquemática das medidas dos indicadores.

A distinção descrita entre indicadores simples ou compostos é:

Os indicadores simples são construídos a partir de uma estatística específica e referidos a uma dimensão social elegida. Os indicadores compostos, também conhecidos como indicadores sintéticos, são elaborados mediante a aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade (FUNDAP, 2006, p.11).

O indicador composto é construído com mais de uma variável, isto é, sintetizando informações de mais de um indicador para facilitar a análise de dados.

4.5.6.5 Medida tipo índice

Os indicadores apresentados em forma de índice correspondem a categoria de uso mais restrita. Conforme Merchán-Hamann, Tauil e Costa (2000), estes são constituídos por medidas que integram múltiplas dimensões ou elementos de diversas naturezas.

Para estes autores os índices podem se construídos de duas maneiras:

- A- Por meio de uma divisão que representa a relação entre entidades de distinta natureza, isto é, numerador e denominador expressam distintas dimensões.
- B- Por meio de uma escala de pontos (score) que representa a soma de unidades de diversas magnitudes em várias dimensões, algumas das quais podem ser qualitativas.

5 METODOLOGIA

Nesta pesquisa o objeto de estudo foi os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil.

Assumiu-se, neste estudo, a concepção de indicadores como uma medida ou variável (quantitativa ou qualitativa) que é capaz de caracterizar uma situação, condição de saúde ou serviços possibilitando a tomada de decisão.

Tomando como base essa concepção, optou-se por considerar como indicador as informações que caracterizassem uma destas situações, e que foram apresentadas nos artigos científicos com denominações variadas, tais como: indicador (es), variável (eis), fatores ou características e condições.

Todas as etapas da metodologia neste estudo são cuidadosamente discriminadas, porém para facilitar a compreensão destas etapas criou-se uma representação da metodologia que está disposta na Figura 2.

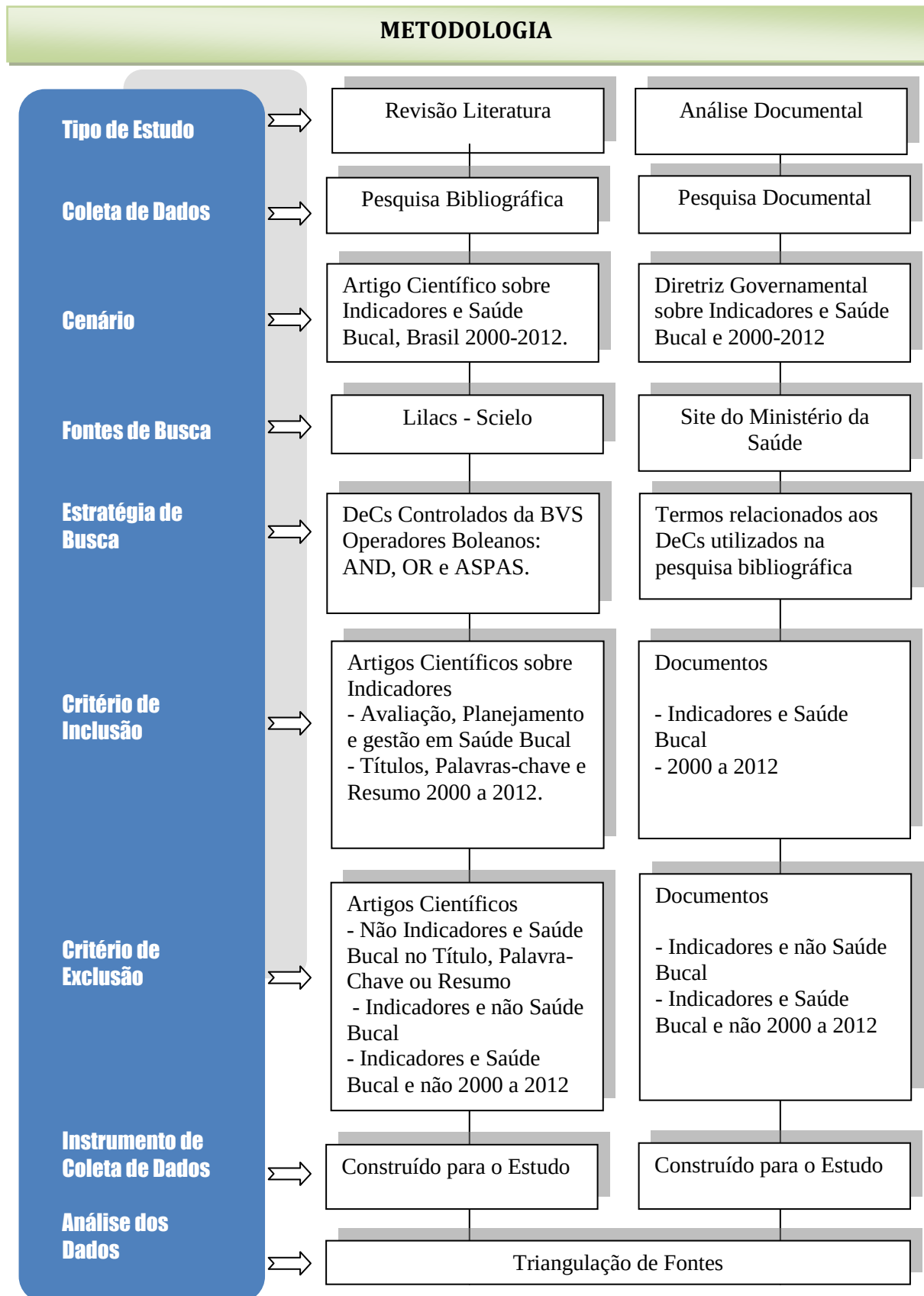


Figura 2 – Etapas da Metodologia da pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

5.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa configurou-se como uma revisão de literatura e uma análise documental, com abordagem quantitativa e qualitativa, constituindo-se em um estudo exploratório-descritivo.

Na revisão de literatura utilizou-se a metodologia semelhante a de uma revisão integrativa.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram buscadas as publicações científicas e documentos referentes ao objeto, tendo sido analisados quantitativamente os aspectos referentes às características da publicação (ano, origem institucional dos autores e periódico); metodologia dos indicadores apresentados (forma de cálculo, forma de coleta de dados, fonte de informação e os seus propósitos).

As pesquisas exploratórias referem-se ao aprimoramento de ideias, isto é, para uma primeira aproximação ou para aprofundar o conhecimento sobre determinado tema, proporcionando ao leitor maior familiaridade com o problema (GIL, 1991).

As pesquisas descritivas, como próprio termo indica, estão relacionadas com descrição, de forma a identificar e detalhar o assunto ou fato. Na concepção de Gil (1991, p.46) “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Portanto, tem como característica significativa a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.

5.2 Coleta de Dados

O delineamento da pesquisa consiste dos procedimentos técnicos de coleta e análise de dados. Neste estudo foram utilizadas para coleta de dados a pesquisa bibliográfica (bases de dados) e a pesquisa documental (sítio eletrônico do Ministério da Saúde).

Na pesquisa bibliográfica procura-se o conhecimento sobre o tema a partir de produções ou material já elaborado, principalmente, em livros e artigos científicos (GIL, 1991).

A pesquisa documental é um procedimento que utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise dentre os mais variados tipos de documentos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

5.3 Sequência Metodológica

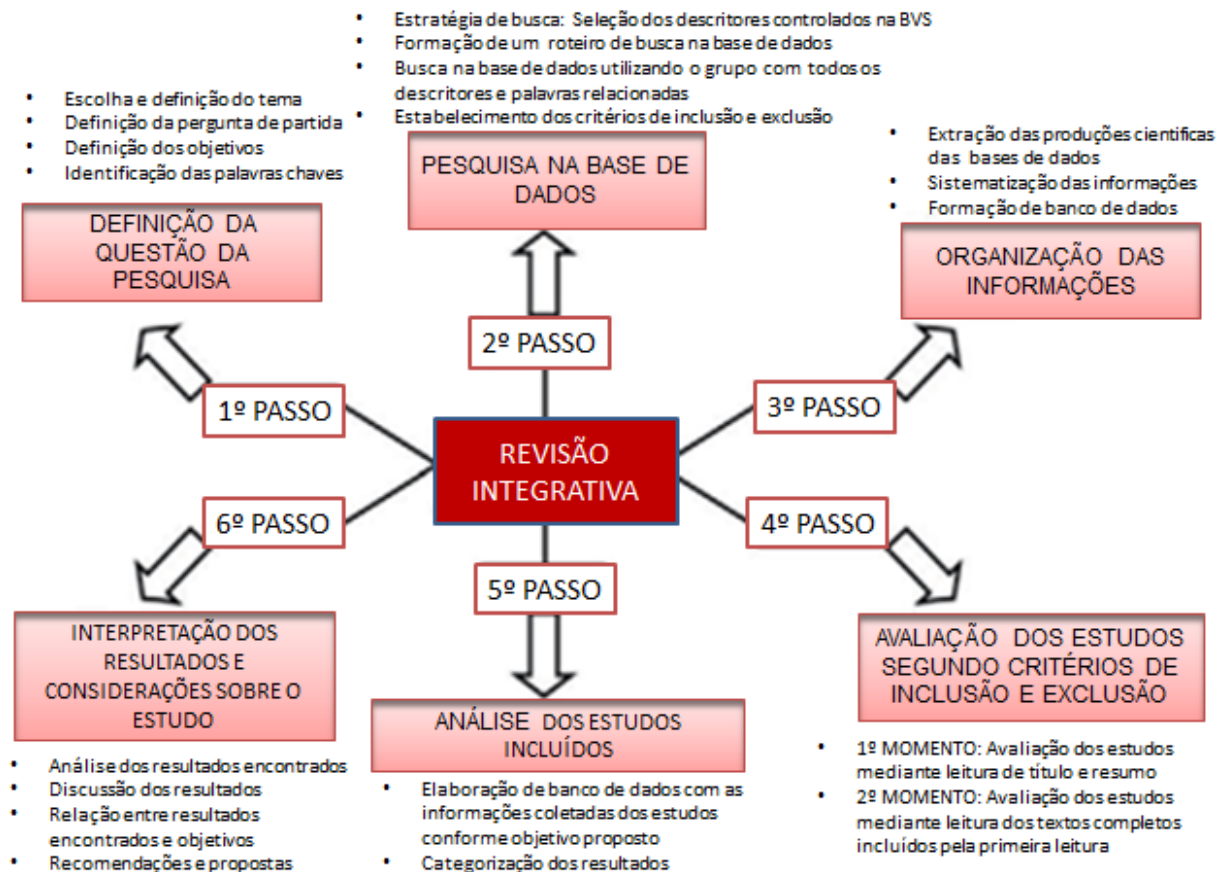
São apresentadas neste item as sequências da Pesquisa Bibliográfica e Documental.

A. Pesquisa bibliográfica

Este estudo buscou, com a pesquisa bibliográfica, as produções de artigos científicos publicados, no período de 2000 a 2012, sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil.

Na revisão de literatura foram adotadas etapas metodológicas que seguem um padrão de sistematização da Revisão Integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), permitindo a possibilidade de incorporação de um amplo espectro de estudos sobre o assunto.

A Revisão Integrativa é um método cuja finalidade é reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Desta maneira, possibilitar a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2006 apud MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A sequência utilizada neste estudo para a realização da Revisão Integrativa pode ser vista na Figura 3:



FONTE: Adaptado de MENDES; SIVEIRA; GALVÃO (2008).

Figura 3 – Sequência da Revisão Integrativa da Literatura realizada na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Descrição do passo a passo da Revisão Integrativa.

1º PASSO - Definição da questão de pesquisa

A temática saúde bucal tendo como objeto de estudo os indicadores foi escolhida por ser fundamental na prática profissional e da gestão. Em seguida, elaborou-se a questão de pesquisa: “Quais os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil e os seus propósitos apresentados nos artigos científicos no período entre 2000 a 2012?”.

Posteriormente, definiu-se a adoção das seguintes palavras-chave ou termos que referiam à questão de pesquisa: indicadores, saúde bucal e seus correlatos que podem ser visualizadas nos Apêndices A e B.

2º PASSO - Pesquisa na base de dados

As Bases de Dados eletrônicas utilizadas como fonte de coleta para a seleção dos artigos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A busca nas bases de dados foi realizada na seguinte ordem, primeiramente na LILACS e em seguida na SCIELO. A ordem foi definida pelo fato da LILACS ter apresentado um tutorial que facilitou a busca.

A estratégia de busca para identificação dos descritores controlados relacionados com indicadores e saúde bucal foi realizada com a consulta no endereço eletrônico de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as palavras-chave selecionadas.

Procurando obter como resultado o maior número de estudos possíveis nas bases de dados foram realizadas várias combinações entre as palavras, termos compostos ou descritores, nos idiomas português, inglês e espanhol, obedecendo sempre às especificidades de cada base.

Desta forma, explorou-se a base de dados com todos os termos empregando os seguintes operadores booleanos: AND, OR e ASPAS. As sínteses das sequências da busca – base de dados LILACS e SCIELO são apresentadas nos Apêndices C e D.

Na estratégia de busca ficou definido como **critérios de inclusão**: as publicações em forma de artigos científicos nas línguas: portuguesa, inglesa ou espanhola que apresentassem referência aos indicadores vinculados ao planejamento, avaliação e/ou gestão em saúde bucal; apresentação dos termos indicadores e saúde bucal nas palavras-chave ou no título ou no resumo. E ainda, artigos indexados nas bases de dados selecionadas no período compreendido entre 2000 a 2012. Entretanto, as buscas trouxeram, a partir das bases de dados, estudos que não se enquadraram no objeto da pesquisa, sendo assim, descartados a partir dos seguintes **critérios de exclusão**:

- Estudos não relacionados com o objeto de estudo “indicadores”;
- Estudos realizados fora do período determinado (2000 a 2012);
- Estudos duplicados ou repetidos;

- Estudos que apesar de fazerem referência à saúde bucal não se enquadravam no objetivo ou tema do estudo;
- Artigos de revisão;
- Editorial;
- Estudos puramente clínicos (relacionados essencialmente a técnicas terapêuticas e/ou medicamentos);
- Estudos onde o texto completo não estava disponível no meio eletrônico;
- Artigos científicos que não apresentavam os resultados da aplicabilidade dos indicadores na gestão;
- Artigos científicos sobre a saúde bucal, pesquisando realidades não brasileiras.

3º PASSO - Organização das informações

Elaborou-se um banco de dados no Programa Microsoft Office Excell 2010, com todas as referências dos estudos científicos encontrados, para posterior análise e coletas das informações conforme objetivo proposto.

4º PASSO - Avaliação dos estudos segundo critérios de inclusão e exclusão

Para a execução da avaliação dos estudos, considerando os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, realizou-se:

- 1ª FASE DE SELEÇÃO: leitura dos títulos e resumos das publicações identificadas pela estratégia de busca inicial.
- 2ª FASE DE SELEÇÃO: leitura dos textos completos nas situações em que na análise inicial, a partir da leitura do título e resumo, houve dúvida na inclusão do artigo, procedimento este necessário para melhor avaliação e evitar a exclusão de estudos importantes.

5º PASSO - Análise dos estudos incluídos

Para análise das informações foi elaborado um instrumento específico para a coleta de dados (Apêndice E). Para este estudo, as seguintes variáveis de interesse foram consideradas referentes à:

- características da publicação: ano, origem institucional dos autores e periódico;

- características dos indicadores criadas para este estudo: categoria, dimensão, subdimensão;
- aspectos metodológicos dos indicadores identificados: métodos de cálculo, instrumento de coleta de dados, fontes de informação e propósitos apontados no artigo científico.

Para categorização dos indicadores tomou-se como base as dimensões que emergiram dos indicadores apresentados nos estudos analisados. Os indicadores emergentes foram categorizados em:

- Condição de saúde bucal: aspectos relacionados com o estado de saúde, como os comportamentos, hábitos, percepção da saúde, e aos agravos e doenças que acometem uma população ou indivíduos.
- Gestão em saúde bucal: aspectos relacionados à oferta, utilização dos serviços, provisão dos serviços, desempenho dos serviços, entre outros.
- Socioeconômicos: características relacionadas à renda, escolaridade entre outros.
- Demográficos: características derivadas do porte populacional, sexo e estrutura etária.

Para a análise foi necessária a construção de uma matriz que pudesse contemplar as dimensões dos indicadores que emergiram dos artigos. Assim, propôs-se o modelo disposto no Quadro 2, o qual deveria possibilitar a coleta dos dados, independentemente, do modelo referencial utilizado por cada estudo incluído na pesquisa.

Na categoria gestão as dimensões foram classificadas em relação à:

- Oferta: recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais para satisfazer a demanda (BORDIN; FADEL, 2012).
- Demanda: relação dinâmica entre as necessidades e aspirações da população por serviços (BORDIN; FADEL, 2012).
- Desempenho: grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (HURST; HUGHES, 2001 apud VIACAVA, 2004).

Quadro 2- Categorias e dimensões utilizadas para classificar os indicadores apresentados nos artigos científicos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

CATEGORIA	DIMENSÃO
GESTÃO	Demanda
	Desempenho dos serviços
	Oferta
CONDIÇÃO	Doenças e agravos
	Comportamento
	Percepção da saúde
SOCIOECONÔMICO	Renda
	Escolaridade
	Desenvolvimento humano
	Natureza administrativa da escola
	Saneamento
	Desigualdade social
	Alfabetização
	Aglomeração domiciliar
	Nível social
	Condição de vida
	Mercado de trabalho
	Situação escolar
	Tipo de moradia
	Desenvolvimento infantil
	Nível econômico
	Ocupação
	Sistema de saúde
	Situação de trabalho
	Condição de desenvolvimento
	Condições econômicas
	Condições de saneamento
	Fator de alocação de recursos
	Produto interno bruto
	Qualificação profissional
	Turno de trabalho
DEMOGRÁFICO	Arranjo familiar
	Estado marital
	Etnia
	Gênero
	Idade/faixa etária
	Localização geográfica da escola
	Localização geográfica da população
	Localização geográfica da residência
	População
	Presença de irmãos

6º PASSO Interpretação dos resultados e considerações sobre o estudo

Neste momento, fez-se a análise dos resultados encontrados e discutidos conforme a literatura. Porém, os artigos foram avaliados conforme o seu objetivo e classificados em estudos de condição e de gestão. Foram considerados de gestão os artigos que abordavam oferta, utilização dos serviços, desempenho do sistema e modelo de atenção. Os resultados encontrados foram correlacionados com os objetivos deste estudo. E ainda, foram enumeradas as recomendações e propostas para futuras pesquisas nesta temática.

B. Pesquisa documental

Na pesquisa documental buscou-se identificar diretrizes governamentais, editadas entre 2000 e 2012, que apresentavam indicadores de saúde bucal. Foram considerados como diretrizes governamentais os documentos em forma de Portarias, Decretos, Publicações específicas e Programas editados pelo Ministério da Saúde.

Esta pesquisa foi realizada na sequência metodológica descrita a seguir.

1º PASSO Definição da fonte de coleta de dados:

Os documentos analisados foram aqueles disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

2º PASSO Definição da estratégia de busca:

Na pesquisa documental realizou-se o acesso no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, onde foram utilizadas as ferramentas de busca do Windows. Para localizar os documentos os seguintes termos e seus correlatos, semelhantes aos descritores utilizados na pesquisa bibliográfica, foram empregados: indicadores e saúde bucal. Entretanto, novas buscas foram realizadas no site do Ministério da Saúde a partir das referências encontradas.

3º PASSO Seleção dos critérios de inclusão e exclusão:

Incluiu-se no estudo os documentos disponíveis no sítio eletrônico que faziam referência aos indicadores e saúde bucal, editados entre 2000 e 2012. Foram

excluídos os documentos disponibilizados no referido sítio que apesar de apresentarem indicadores de saúde, não eram do campo da saúde bucal e também, aqueles com indicadores de saúde bucal que não datavam do período determinado nos critérios de inclusão.

4º PASSO Elaboração do instrumento de coleta de dados:

Na pesquisa documental, para coleta das informações dos documentos disponíveis foi elaborado um instrumento (Apêndice F) para registrar, quando apresentados, os seguintes aspectos:

- características da publicação: tipo de documento, denominação, número do documento (se for o caso), ano de edição ou publicação.
- características dos indicadores: categoria, dimensão e subdimensão, método de cálculo, interpretação, fonte de coleta e propósitos dos indicadores, quando apontadas nos documentos.

5.4 Análise, Apresentação e Interpretação dos Dados

Os artigos foram organizados no Excel, onde cada estudo foi codificado de acordo com a base de dados na qual foi encontrado, recebendo as duas letras iniciais da sigla que denomina a base e um número de acordo com a ordem na qual surgiu na busca. Por exemplo: LI-1, SC-1.

Para os documentos foram organizadas tabelas contendo o tipo de documento, denominação, número (se apresentado) e data de publicação. A evolução histórica dos indicadores nas diretrizes governamentais, bem como os aspectos metodológicos de alguns indicadores identificados (forma de cálculo e propósito) foram analisados.

Os vários indicadores apresentados foram considerados independentemente de sua associação, significância ou validade em cada estudo. Não se pretendeu analisar a adequação ou não dos indicadores em relação aos seus atributos, mas analisar criticamente a partir das variáveis enumeradas, objetivando-se responder à pergunta inicial: “Quais os indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil e os seus

propósitos apresentados nos artigos científicos e nas diretrizes governamentais no período entre 2000 e 2012?”.

Os dados foram analisados, categorizados e apresentados em forma de tabelas e figuras (itens 6.1 e 6.2). Os resultados destes foram discutidos com a literatura referente a cada categoria analítica.

Realizou-se a triangulação de fontes para analisar os resultados dos estudos a partir dos dados obtidos na pesquisa bibliográfica e documental. A triangulação é a combinação de métodos ou fontes de dados em um único estudo. Assim, os dados podem ser obtidos de diferentes fontes, com diferentes métodos de coleta e analisados segundo postura e categorias (ROBLES, 2008).

5.5 Aspectos Éticos

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa não foi submetida ao comitê de ética por se tratar de um estudo secundário, onde foram analisados artigos científicos e documentos disponíveis, em bases de dados e sítios eletrônicos, respectivamente, sendo estas de domínio público. E ainda, as fontes e os autores pesquisados foram divulgados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados nos estudos e documentos referentes a indicadores no contexto da saúde bucal no Brasil são apresentados a seguir. Primeiramente, os resultados encontrados nos artigos científicos e posteriormente, os das diretrizes governamentais. As referências dos artigos científicos e diretrizes governamentais estão dispostas, respectivamente, nos Apêndices G e H.

6.1 Indicadores Relacionados à Saúde Bucal nos Artigos Científicos

Obteve-se inicialmente, como resultante da busca nas bases de dados, 4.894 produções científicas, sendo 3.402 da LILACS e 1.494 da SCIELO. Utilizando o recurso de filtro presente na página de busca, excluíram-se deste grupo as produções na forma de monografias, teses, dissertações, documentos de projetos, congressos, conferências e documentos não convencionais. Desta forma, resultaram 1.161 artigos científicos para análise.

Em seguida, identificou-se a existência de alguns artigos que repetiam nas duas bases, assim como outros que se duplicavam dentro de uma mesma base – fato ocorrido na base SCIELO. Desta forma, foram excluídos 158 estudos, onde 1 duplicado e 157 repetidos, observando-se, portanto, que dos 1.161 artigos da busca inicial permaneceram 1.003 estudos.

Neste momento, considerando os critérios de inclusão e exclusão, estes 1.003 artigos foram submetidos a 1ª Fase de Seleção, realizada por meio da leitura de título e resumo, sendo excluídos 703 artigos. A Tabela 1 expõe este quantitativo de acordo com cada motivo de exclusão nesta etapa.

Assim, com o resultado final da busca, 221 artigos científicos foram submetidos à análise e coleta de dados a partir do formulário proposto (Apêndice E).

Verificou-se que 34,0% (n=76) dos artigos apresentaram indicadores de gestão, isto é, indicadores que versavam sobre oferta, utilização dos serviços e desempenho do sistema, bem como modelo de atenção a saúde. Estes artigos juntamente com os

demais 66,0% (n=145) apresentaram outros indicadores, objeto desta pesquisa, sendo eles: condição de saúde bucal, socioeconômicos e demográficos.

Tabela 1 – Motivos de exclusão de estudos na 1ª etapa de seleção (leitura do título e resumo) para a revisão sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Motivo de exclusão- 1ª Fase de Seleção	N
Não saúde bucal – assunto não relacionado a saúde bucal	344
Fora do objetivo – não referenciava a indicadores e saúde bucal	158
Fora do período – não publicado dentro do período eleito para a revisão	75
Revisão - estudo de revisão	9
Clínico – resultado de procedimentos clínico ou laboratorial	105
Não Brasil – pesquisa não realizada sobre o Brasil	7
Editorial – a publicação na forma de editorial de revista	2
Não acessível – resumo não acessível na internet	2
Validação – validação de questionário e índices	1
TOTAL	703

Dos 300 artigos que seguiram para análise na 2ª Fase de Seleção, a partir da leitura dos artigos na íntegra, foram excluídos 79 e a Tabela 2 apresenta o quantitativo destes, de acordo com cada motivo de exclusão.

Tabela 2 – Motivos de exclusão de estudos na 2ª etapa de seleção (leitura do texto na íntegra), para a revisão sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Motivo de exclusão - 2ª Fase de Seleção	N
Teórico – modelo teórico de avaliação em saúde bucal, mas não aplicado na prática.	7
Clínico – resultado de procedimentos clínicos ou laboratoriais	38
Validação – validação de questionário e índices	11
Não Brasil – pesquisa não realizada sobre o Brasil	1
Não objetivo – não referenciava a indicadores e saúde bucal	3
Não acesso – texto completo não acessível na internet	17
Revisão – estudo de revisão	2
TOTAL	79

Para ilustração, a sequência da análise das produções e o resultado final obtido podem ser visualizados no fluxograma representado na Figura 4.

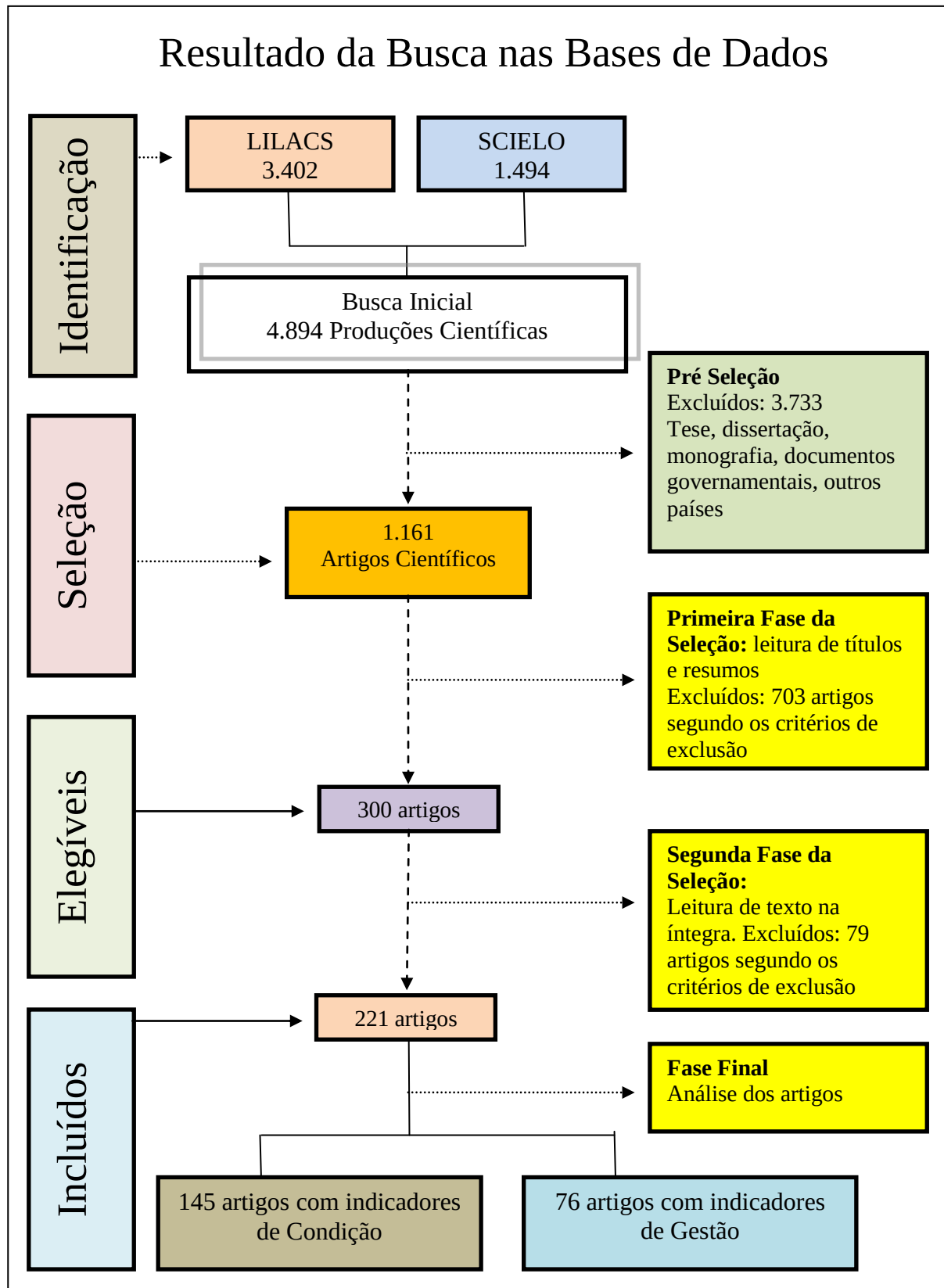


Figura 4 – Fluxograma de busca e seleção dos artigos científicos, a partir das bases de dados LILACS e SciELO, que apresentaram indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Os resultados dos indicadores relacionados à saúde bucal nos artigos científicos foram divididos nos seguintes subtemas: características dos artigos científicos, modelo de avaliação dos serviços de saúde bucal e dimensões dos indicadores quando aos aspectos mensurados.

6.1.1 Características dos Artigos Científicos

Os artigos identificados foram publicados nos idiomas: português (n=146), inglês (n=67), inglês/português (n=7) e espanhol (n=1). A grande maioria dos estudos, 83% (n=184), tem autores oriundos de instituições de ensino e pesquisa, observando-se uma mínima participação, aproximadamente 1% (n=2), daqueles provenientes exclusivamente dos serviços de saúde (Figura 5). Entretanto, verificou-se a participação do serviço juntamente com a academia em 14,5% dos artigos (n=32).

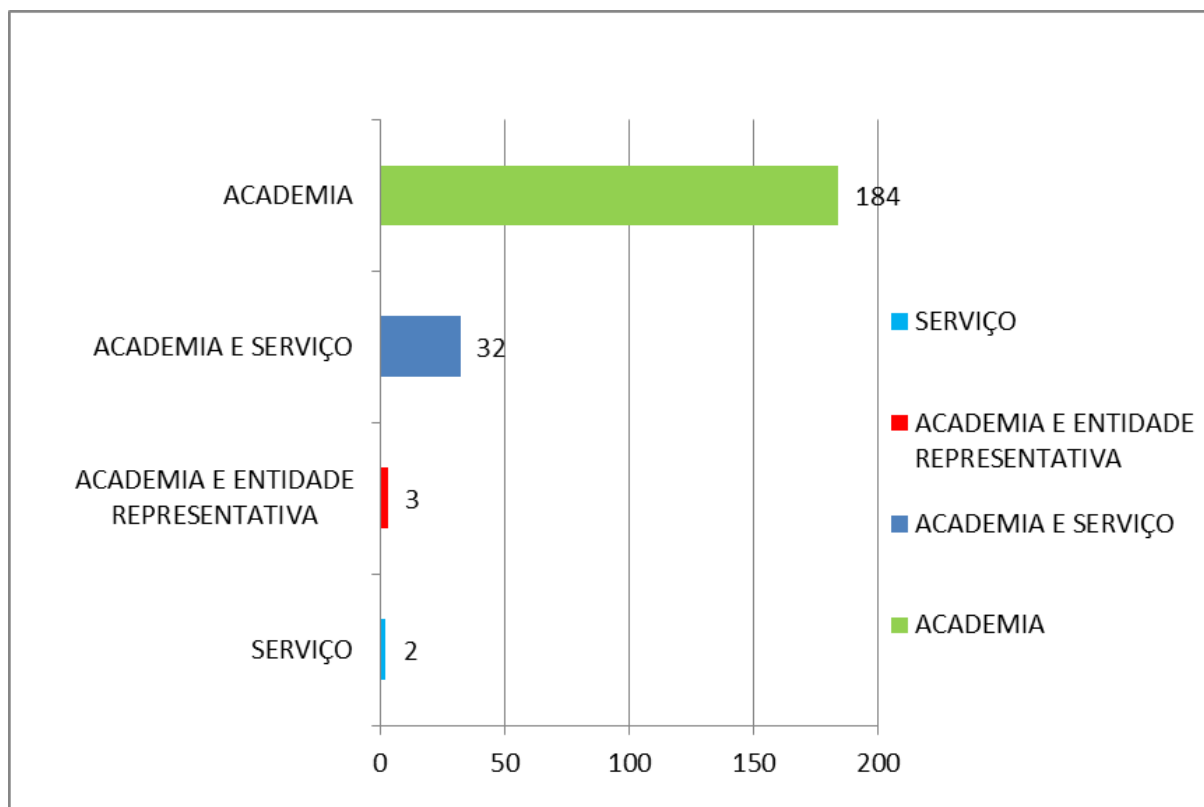


Figura 5 – Número de artigos científicos, segundo a institucionalidade dos autores, analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-Go, 2013.

A participação da academia com entidades representativas, como o Conselho Regional de Odontologia (CRO) e Associação Brasileira de Odontologia (ABO) pode ser vista em aproximadamente 1,5% (n=3) destes. Sabe-se que um dos papéis da academia é a produção de pesquisas científicas. Porém, pelo fato de 76 das pesquisas tratarem da temática gestão, era de se esperar que o serviço tivesse maior participação. Além disso, hoje se advoga as práticas educativas atreladas ao ensino-serviço. Entre as principais políticas de estímulo à produção de conhecimentos com ênfase nas necessidades do Sistema de Saúde estão: Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde); Articulação entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e a Lei de Incentivo à Pesquisa, denominada de Lei Rouanet da Pesquisa / Ministério da Educação (MEC) (HADDAD et al, 2008).

Haddad et al (2008) no estudo intitulado “Pesquisa odontológica no Brasil e sua articulação com as políticas públicas de saúde” enumeraram algumas das principais dificuldades de aproximação da produção de conhecimento com as necessidades do sistema de saúde. Dentre as dificuldades identificadas citam-se algumas delas:

- Formação inadequada dos docentes, muito distante das necessidades do SUS;
- Faltam periódicos qualificados que aceitem os trabalhos de pesquisa na área de saúde coletiva e falta acesso dos serviços a essas publicações;
- Definição inadequada das reais qualificações para um pesquisador voltado para o SUS;
- Desconhecimento dos docentes sobre o SUS, o que não permite que este pesquisador se interesse por esta área de pesquisa;
- Desvinculação entre pesquisa e extensão universitária;
- As Instituições de Ensino da Saúde não se vêem como integrantes do SUS;
- A necessidade de transformação do SUS como um pólo de aprendizagem e pesquisa;
- Falta de vinculação da produção do conhecimento ao SUS.

- Falta de inclusão de Recursos Humanos dos serviços no planejamento de pesquisas a serem desenvolvidas no contexto da Saúde Coletiva.

Apesar de todas as políticas públicas que estimulam a produção científica atrelada ao serviço, ao associar os fatores que dificultam esta produção com interesses do SUS, observa-se na vivência da gestão que provavelmente a deficiência de espaços de discussão entre a academia e serviços na definição das pesquisas seja o mais evidente.

Outra evidência prática é que apesar dos serviços produzirem informações suficientes para pesquisa, o deficiente conhecimento dos profissionais sobre produção científica ou mesmo a dupla jornada de trabalho, realizada pela maioria deles, ou ainda a grande demanda de atividades exigidas na atuação profissional podem contribuir ou ser uma das principais causas explicativas para a pouca participação do serviço em pesquisa.

Nery (2012) analisou a institucionalidade dos autores nos estudos que avaliam a satisfação do usuário na Atenção Primária em Saúde brasileira e identificou que a grande maioria dos estudos 82,69% (n=43) tem autores oriundos de instituições de ensino e pesquisa, observando-se um baixo protagonismo 1,92% (n=01) daqueles provenientes dos serviços de saúde. O tímido protagonismo dos autores originários do serviço na participação e publicação de pesquisas também é questionado por Nery (2012).

Esta constatação sugere que as pesquisas realizadas no âmbito da ESF sobre a satisfação do usuário, em geral, ocorrem devido a parcerias existentes entre o serviço e a academia. Permite, ainda, questionamentos sobre o protagonismo dos autores originários do serviço nas pesquisas, sobre a possível falta de interesse destes autores em publicar estas pesquisas e sobre a existência de dificuldades dos mesmos em se adequar aos padrões exigidos pelos periódicos. Outras suposições seriam a carência de conhecimento e baixo interesse em conduzir pesquisas sem o apoio das universidades. Indica-se a necessidade de estudos adicionais buscando responder a estas questões (NERY, 2012, p.56).

Os artigos foram publicados em 41 periódicos. Na Figura 6 são apresentados os periódicos que apresentaram o maior número de artigos científicos analisados neste estudo. Os periódicos mais utilizados foram: Cadernos de Saúde Pública (n=46), Ciência & Saúde Coletiva (n=24), Journal of Applied Oral Science (n=17), Brazilian

Oral Research (n=17), Revista de Saúde Pública (n=15) e Revista Brasileira de Epidemiologia (n=15).

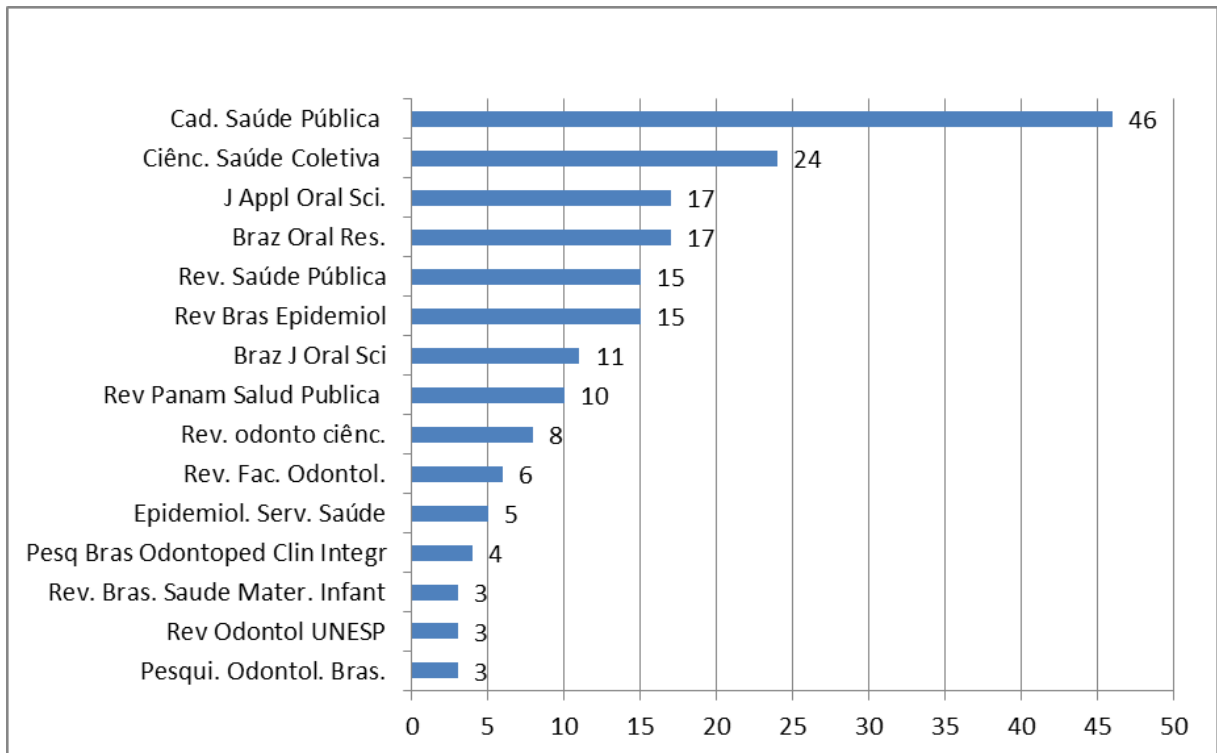


Figura 6- Periódicos com três ou mais publicações de artigos científicos com indicadores relacionados à saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-Go, 2013.

Cavalcante et al (2008) analisaram os periódicos nacionais e internacionais mais utilizados para publicação pelos bolsistas da Odontologia no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Entre os periódicos nacionais, os cinco mais encontrados foram, respectivamente, Journal of Applied Oral Science, Brazilian Dental Journal, Brazilian Oral Research, Revista de Pós-Graduação da FO-USP e Ciência Odontológica Brasileira. No caso dos periódicos internacionais, estes autores identificaram que os cinco mais encontrados nas publicações dos bolsistas foram, respectivamente, Journal of Periodontology, Operative Dentistry, Dental Materials, International Endodontic Journal e Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.

Nos últimos cinco anos, conforme Meneghini (2010), foram identificados, na base de dados ISI-Thomson Reuters-Web of Science (WS), 1.745 artigos brasileiros nas ciências da saúde. Entre esses, 461 (26,4%) foram publicados em sete revistas

brasileiras, na seguinte ordem decrescente: Cadernos de Saúde Pública (232), Revista de Saúde Pública (157), Memórias do Instituto Oswaldo Cruz (31), Brazilian Journal of Medical and Biological Research (17), Arquivos de Neuro-Psiquiatria (14) e Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo (10).

Nadanovsky (2006) constatou que, de maneira geral, tem havido um aumento na produção científica odontológica brasileira, porque se verifica um crescimento do número de artigos publicados em periódicos odontológicos por pesquisadores afiliados a universidades brasileiras. E identificou ainda, que especificamente na saúde pública, esse aumento pode ser ilustrado pelo crescimento do número de artigos no Community Dentistry and Oral Epidemiology, Community Dental Health, Journal of Public Health Dentistry, Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública.

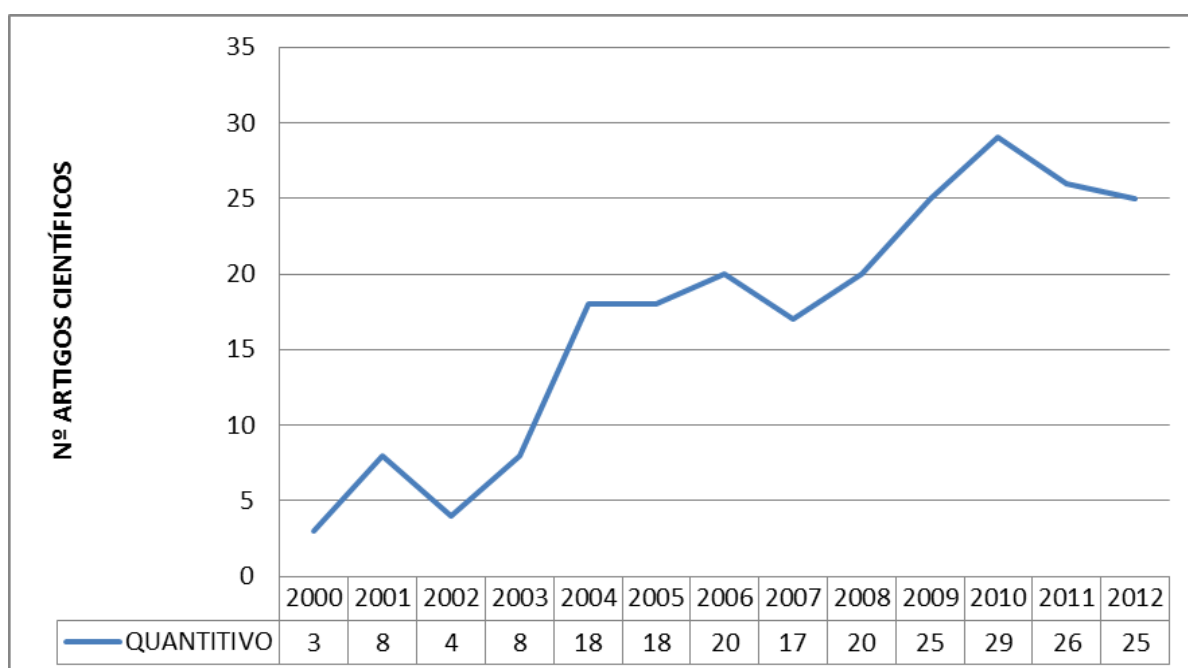


Figura 7- Número de artigos científicos, conforme ano publicação, analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

A Figura 7 ilustra que, ao longo do tempo, com algumas oscilações, houve um aumento gradativo das publicações científicas no campo da saúde bucal associadas aos indicadores de saúde. O período entre 2009 e 2012 apresentou o maior número de publicações. Este período foi após a publicação do Pacto pela Saúde, editado

com o propósito de fortalecer o monitoramento e avaliação dos serviços e principalmente, o acompanhamento de metas de ações prioritárias, que tem impacto na saúde da população. Uma das ações prioritárias proposta nesse Pacto era o fortalecimento da atenção básica, a qual continha ações, metas e indicadores de saúde bucal.

Verifica-se que houve um aumento gradativo ano a ano do número de publicações analisadas. Este fato pode estar associado ao crescente estímulo às publicações acadêmicas no Brasil pelas instituições de fomento a pesquisa como Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e CNPq. Volpato e Freitas (2003) discutem que um dos responsáveis pelo aumento da produção científica nacional é o sistema de pós-graduação, que, por intermédio da CAPES, prioriza o número de artigos publicados para conceituar os programas nacionais.

A baixa produção de artigos com a temática indicadores de saúde bucal no Brasil no período anterior a 2003 relaciona-se justamente com o período do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Neste Pacto, o único indicador presente nessa área era a concentração de procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos. O que corrobora com a pouca ênfase no acompanhamento e estudos sobre saúde bucal e indicadores no campo da gestão.

6.1.2 Modelo de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal

Dentre os artigos analisados que apresentaram indicadores de gestão (n=76) a maioria (n=65) não discrimina o modelo de avaliação utilizado para avaliar os serviços, porém onze deles mencionam o modelo (Quadro 3).

Os modelos descritos pelos autores dos estudos foram: o Modelo de Andersen e Davidson, Modelo teórico hierárquico de determinação das perdas dentárias e Matriz de análise adaptada de Chaves e Vieira-da-Silva, 2007. Também, foram encontradas propostas de avaliação baseadas em um Modelo teórico próprio, incluindo aqueles baseados em Políticas Públicas, como a avaliação baseada na Portaria Ministerial nº. 600 de 2006, referente a metas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Todos os modelos de avaliação dos serviços presentes nos artigos e a sua correlação com os objetivos dos referidos estudos podem ser visualizados no Apêndice I.

Quadro 3 - Modelos de avaliação dos serviços apresentados nos artigos científicos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

MODELO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	TEXTO
Baseado na Política Pública	LI-4; LI-57
Próprio	LI-18; LI-63; LI-47; LI-35
Modelo de Andersen & Davidson	LI-77; LI-207
Modelo teórico hierárquico de determinação das perdas dentárias	LI-101
Instrumento adaptado da pesquisa municipal de saúde-avaliação de desempenho de saúde	LI-141
Modelo adaptado de Chaves e Vieira-da-Silva	SC-134

Diante da diversidade de modelos de avaliação dos serviços de saúde bucal algumas considerações devem ser pontuadas. Esta diversidade pode ser compreendida na discussão de Fernandes (2000) apud Roncalli (2009), o qual menciona que no campo da saúde bucal existe uma lacuna de metodologias e estratégias para avaliar os serviços disponíveis e há muitos esforços sendo dispendidos para desenvolver instrumentos de avaliação dos serviços nesse campo.

A falta de definição de modelos de avaliação para o campo da gestão em saúde bucal traz como consequências, tanto para o nível local como para o nível central, as dificuldades no planejamento das ações e definição de políticas públicas.

Roncalli (2009) destaca que o uso de indicadores, também denominados de informações, permeia todo o processo de trabalho em saúde, isto é, são importantes para avaliar o que e como proceder dentro dos serviços de saúde. Para este autor os principais grupos de indicadores avaliativos deste processo são os de eficiência, eficácia e efetividade. A discussão de Roncalli (2009) coloca também, em evidência, a diversidade de modelos de avaliação dos serviços que foi verificado no presente estudo.

De acordo com este autor, há diversas propostas de matriz de indicadores de caráter quantitativo, com algumas modificações, que têm sido apresentadas por autores como Draibe (2001) apud Roncalli (2009), Narvai (1996) apud Roncalli (2009) e

Medina (2000) apud Roncalli (2009) tentando articular a dimensão proposta por Donabedian: eficiência, eficácia e efetividade.

6.1.3 Dimensões dos Indicadores quanto aos Aspectos Mensurados

Em virtude da diversidade de indicadores emergentes da análise dos textos em cada uma das quatro categorias identificadas (gestão, condição de saúde bucal, socioeconômico e demográfico) e pelo fato de que os diferentes modelos de avaliação da gestão não contemplam os objetivos deste estudo, optou-se por definir uma classificação de dimensão e subdimensão própria que contemplasse o maior número de indicadores. Todos os indicadores apresentados em cada categoria, dimensão e subdimensão, bem como o método de cálculo, instrumento de coleta, fonte de informação e propósito, quando informados, estão dispostos no Apêndice J.

Para Narvai (1996) são inúmeras as dimensões que um processo de avaliação em saúde pode assumir, pois, a definição destas está condicionada ao objetivo e objeto da avaliação.

Em relação às dimensões no processo de avaliação, Narvai (1996) menciona que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em sua publicação *“Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde: Avaliação para a transformação”* em 1995 apresenta algumas dessas dimensões, tais como: contexto político, instrumentos de política, desconcentração e descentralização, processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais), sistemas de financiamento, estrutura organizacional, definição de espaços políticos, administrativos, geográficos e populacionais, sistemas de informação, formas e estilos de coordenação e articulação intra e intersetorial, participação social, programação e enfoque de risco, integralidade das ações, tipos de serviços oferecidos, acessibilidade, cobertura, utilização e produção de serviços, qualidade e eficácia, impacto, satisfação, eficiência, pesquisa de serviços de saúde, entre outras (OPAS, 1995 apud NARVAI, 1996). Entretanto, Narvai (1996) menciona que algumas dessas dimensões são passíveis de serem “recortadas” no campo da odontologia e discute ainda que:

Algumas dessas dimensões são preocupação tradicional nos bons programas de odontologia em saúde coletiva: cobertura e aspectos administrativos, p.ex. Outras, nem tanto: acessibilidade e impacto, p.ex (NARVAI, 1996, p.2).

Na literatura foram encontrados estudos que avaliaram os serviços utilizando diferentes dimensões: NARVAI, 1996; RONCALLI, 2009 e MEDINA (2000) apud RONCALL (2009). Estes estudos e as dimensões propostas são descritos a seguir.

Em oficina com gestores sobre saúde bucal no SUS, Narvai (1996) realizou a partir do sistema de informação, uma avaliação dos serviços utilizando indicadores nas dimensões: modelo de atenção, eficiência, efetividade e eficácia.

Medina (2000) apud Roncalli (2009) afirma que ao grupo de indicadores proposto por Narvai (1996), outros indicadores devem ser incorporados como: equidade, acesso, adequação, aceitação e qualidade-técnico científica. Roncalli (2009) descreve que a dimensão dos indicadores mais utilizados rotineiramente e identificados nas pesquisas, nos últimos anos, são: indicadores de modelo de atenção, eficácia, eficiência e efetividade.

Pode-se identificar que são várias as propostas de dimensões disponibilizadas na literatura para a avaliação dos serviços de saúde. Neste estudo, cada um dos indicadores de maior ocorrência foi discutido conforme os seguintes aspectos: forma de cálculo, instrumento de coleta, fonte de informação (primária e secundária) e propósito. É importante mencionar que para facilitar a discussão, os indicadores com diferentes denominações, porém, semelhantes, foram agrupados e uma denominação única foi dada ao grupo de indicadores. Porém, apesar de ter denominações semelhantes, diferentes formas de cálculo foram apresentadas e estas foram discriminadas.

A forma de cálculo corresponde à fórmula utilizada e os elementos para o seu cálculo. Os instrumentos de coleta são os instrumentos utilizados para colher o dado ou informação como entrevista, questionário ou observação, recuperação de dados e registro institucional (prontuário, relatórios). Para este estudo todas as fontes de informação obtidas de um sistema de informação ou de banco de dados disponíveis de pesquisas foram consideradas secundárias e as informações resultantes de inquérito ou de pesquisa científica, ou dados primários produzidos pelo serviço de saúde público, ou de registro institucional foram consideradas fonte primária. O

propósito do indicador representa o objetivo ou finalidade com qual o indicador foi utilizado no estudo em análise.

A ocorrência dos indicadores foi analisada em cada dimensão e subdimensão. Alguns estudos apresentaram vários indicadores em uma mesma dimensão e subdimensão. Desta forma, em todas as categorias o número de ocorrência de indicadores supera o número de artigos analisados.

6.1.3.1 Indicadores de Gestão

A frequência, em ordem decrescente, de cada dimensão e subdimensão dos indicadores de gestão pode ser visualizada na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência de ocorrência dos indicadores de gestão segundo dimensão e subdimensão, identificada pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	N	(%)
DEMANDA (n=1)	Serviço-assistência / Necessidade atendida	1	0,36
OFERTA (n=199)	Serviço-assistência	128	46,55
	Recursos Humanos	33	12,00
	Educação e/ou promoção da saúde	13	4,73
	Capacidade instalada	12	4,36
	Recursos financeiros	10	3,64
	Informação em saúde	2	0,73
	Insumos	1	0,36
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS (n=75)	Utilização dos serviços	21	7,64
	Articulação intersetorial	13	4,73
	Resolutividade	7	2,55
	Cumprimento de meta	5	1,82
	Produtividade	5	1,82
	Qualidade do atendimento	3	1,09
	Vínculo	3	1,09
	Controle social	3	1,09
	Mudança nas práticas de trabalho	2	0,73
	Plano Diretor de Regionalização	2	0,73
	Qualificação profissional	2	0,73
	Integralidade da atenção	2	0,73
	Informação em saúde	1	0,36
	Planejamento	1	0,36
	Práticas de promoção de saúde	1	0,36
	Interdisciplinaridade	1	0,36
	Vigilância	1	0,36
	Territorialização	1	0,36
	Tipo de gestão	1	0,36
TOTAL		275	100,00

Compreendendo a complexidade em unificar os indicadores de gestão que emergiriam dos artigos, a proposta foi classificá-los nas seguintes dimensões: oferta, demanda e desempenho dos serviços. Nos 76 artigos analisados contendo indicadores de gestão foram identificados 27 subdimensões e totalizando 275 ocorrências de indicadores nesta categoria (Tabela 3). Os indicadores mais frequentes na dimensão oferta foram as subdimensões: serviço-assistência (46,55%), recursos humanos (12%) e educação e ou promoção da saúde (4,73%). No desempenho dos serviços: a utilização dos serviços (7,64%) e articulação intersetorial (4,73%). E na demanda foi na subdimensão serviço assistência (0,36%).

No Quadro 4 estão os indicadores de gestão mais frequentes em cada subdimensão e dois dos pactuados pelo Ministério da Saúde com estados e municípios.

Quadro 4- Indicadores de gestão mais frequentes em cada dimensão e dois indicadores Pactuados pelo Ministério da Saúde identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	N
DEMANDA (n=1)	Serviço-assistência/ Necessidade atendida (n=1)	Acesso à assistência odontológica pública	1
OFERTA (n=199)	Recursos Humanos (n=33)	Disponibilidade de profissionais	33
	Serviço assistência (n=128)	Acesso à consulta odontológica*	22
		Tempo decorrido da última visita ao dentista	20
		Motivo da utilização de serviços	14
		Cobertura da primeira consulta odontológica programática**	10
		Frequência de visita ao dentista	6
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS (n=76)	Educação e/ou Promoção da saúde (n=13)	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada**	2
	Utilização do serviço (n=21)	Tipo de serviço utilizado	19
	Articulação intersetorial (n=13)	Acesso ao flúor	12
	Cumprimento de meta (n=5)	Cumprimento de Metas dos CEO	5

*O indicador acesso ao dentista foi identificado em três subdimensões: serviço-assistência, capacidade instalada e recursos humanos.

**Pactuado pelo Ministério da Saúde

Para facilitar a apresentação dos resultados foram consolidados os indicadores semelhantes formando os seguintes grupos: indicadores de disponibilidade de

recursos humanos, de acesso à consulta, de tempo decorrido da última visita ao dentista, de motivo da utilização dos serviços, frequência de visita ao dentista e de acesso ao flúor (Quadro 4).

Na dimensão demanda foi identificado um indicador - acesso à assistência odontológica pública, na subdimensão serviço-assistência referente à necessidade atendida. O indicador mais frequente na categoria oferta foi a disponibilidade de profissionais seguida de acesso à consulta odontológica e tempo decorrido da última visita ao dentista.

Os indicadores cobertura da primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, apesar de pouco frequentes, foram representados no Quadro 4 por se tratarem de indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde.

Quanto aos aspectos metodológicos dos indicadores de gestão pode-se visualizar no Apêndice J os indicadores em cada dimensão e subdimensão.

Na dimensão de desempenho dos serviços identificou-se o tipo de serviço utilizado, acesso ao flúor e o cumprimento de metas do CEO. Os demais indicadores de menor frequência não foram descritos no Quadro 4, porém os aspectos metodológicos dos indicadores de gestão em cada dimensão e subdimensão pode-se visualizar no Apêndice J.

6.1.3.1.1 Indicadores de Gestão quanto a Forma de Cálculo

Considerando a proposta de indicadores na dimensão demanda observou-se que apenas um indicador da subdimensão – serviço assistência/necessidade atendida foi identificado neste estudo (Quadro 5). Esta dimensão engloba aqueles indicadores que resultaram de demanda e aspirações dos usuários, como por exemplo, necessidade de tratamento e ao mesmo tempo a procura pelo serviço. Nos estudos foi identificado o indicador composto - necessidade e acesso ao serviço. Aqueles indivíduos que avaliaram a necessidade de tratamento dentário e foram ao cirurgião-dentista da rede pública, consituíram o grupo dos assistidos e os não assistidos foram os que achavam que tinham necessidade de tratamento, mas não foram ao cirurgião-dentista da rede pública.

Quadro 5 – Indicador de demanda e sua fórmula de cálculo identificado pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Acesso à assistência odontológica pública	
1)	Proporção de indivíduos que foram consultados por cirurgião-dentista da rede pública nos últimos 12 meses. Número de indivíduos que consultou um cirurgião-dentista da rede pública dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100.
2)	Necessidade referida de tratamento dentário. Número de pessoas que referiram necessidade de tratamento dentário.
Classificou o acesso em dois grupos: ASSISTIDO (necessidade de tratamento dentário e foram ao cirurgião-dentista); ou NÃO ASSISTIDOS (necessidade tratamento, mas não foram ao cirurgião-dentista).	

A noção da necessidade de tratamento corresponde a um elemento fundamental no planejamento e para a administração dos serviços odontológicos, e esta necessidade pode ser classificada em: normativa, aquela definida após a avaliação de um profissional; a percebida, a definida pelo próprio indivíduo com a avaliação da sua saúde bucal; e a manifestada (demanda) que corresponde à percebida pelos indivíduos que são convertidas em demanda pela busca de assistência de um profissional e/ou serviço (SHEIHAM; SPENCER, 2002 apud ANTUNES et al, 2013).

No Quadro 6 estão dispostas as formas de cálculo dos indicadores acesso ao serviço odontológico.

Quadro 6 - Indicadores de acesso ao serviço odontológico e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FORMA DE CÁLCULO	
Acesso à consulta odontológica	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com acesso à consulta odontológica	
	Número de indivíduos que teve consulta com dentista nos últimos 12 meses pelo número total de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: Sim ou não.
INDICADOR: Percentual de indivíduos que possui dentista regular	
	Número de indivíduos que possui dentista regular pela população total entrevistada multiplicado por 100 (%) categorizado em: Sim ou não.
INDICADOR: Percentual de indivíduos que consultou um dentista pelo menos uma vez	
	Número de indivíduos que consultou um dentista pelo menos uma vez dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: - Sim ou não. - Sim ou não ou não sei.
INDICADOR: Percentual de indivíduos conforme frequência de consulta ao dentista	
	Número de indivíduos que consultou o dentista há mais de três anos dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:

FORMA DE CÁLCULO	
• Sim ou não.	
• Sim ou não ou não sei.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos conforme última consulta ao dentista	
Número de indivíduos conforme última consulta ao dentista dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Menos que 1 ano ou mais que 1 ano.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que teve acesso ao consultório odontológico no último ano	
Número de indivíduos que teve acesso ao dentista no último ano dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não ou não sabe informar.	
• Nunca foi ao dentista, ou não foi ao dentista no último ano ou consultou o dentista no último ano.	
INDICADOR: Percentual que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano	
Número de indivíduos (18 anos ou mais) que realiza revisão periódica uma vez ao ano dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista	
Número de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista dividido pelo número total de entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal	
Número de indivíduos segundo tempo decorrido da última consulta dividido pelo número de indivíduos participantes da pesquisa multiplicado por 100 categorizado em:	
• Nunca foram ao dentista ou consultou há mais de 3 anos ou consultou há menos de 3 anos.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que já foi ao dentista	
Número de indivíduos que já consultou um dentista dividido pelo número total de indivíduos participantes da pesquisa e multiplicado por 100 categorizados em:	
• Sim ou não.	
INDICADOR: Percentual de exames clínicos (Acesso a consulta)*	
Número de exames clínicos dividido pela população total da área multiplicado 100.	
Acesso à consulta odontológica	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com atendimento odontológico	
• Não apresenta.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que nunca consultou um dentista	
Número de pessoas que nunca consultou um dentista dividido pelo número de pessoas entrevistadas multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com acesso ao serviço de saúde bucal	
Número de indivíduos que teve acesso ao serviço de saúde bucal dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Média do número de horas cirurgião-dentista por habitante (Acesso ao dentista)*	
Número de horas do cirurgião-dentista dividido pelo total de habitante.	
INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com atendimento em saúde bucal (Acesso ao serviço de saúde bucal)	
Número de unidades de saúde com atendimento em saúde bucal dividido pelo número total de unidades de saúde multiplicado por 100.	

*O indicador de acesso ao dentista foi identificado em três diferentes subdimensões: serviço-assistência, capacidade instalada e recursos humanos.

O indicador relacionado ao acesso à consulta odontológica foi um dos que apresentou a maior frequência e maior variabilidade na forma de cálculo. Diferentes

denominações foram utilizadas para este indicador como acesso à consulta odontológica ou ao dentista, acesso à assistência odontológica, percentual da população que nunca consultou dentista, percentual que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano, consulta odontológica entre outros. Este aspecto demonstra a falta de padronização na denominação deste indicador.

Quanto às formas de cálculo do indicador de acesso foram apresentados: número de unidades com atendimento odontológico, número de horas trabalhadas pelos profissionais da área, percentual de pessoas com acesso ou os que não têm acesso ao serviço, quantitativo de consultas realizadas conforme período (Quadro 6).

O acesso foi registrado como afirmativo ou negativo, como também em frequência de números de consultas durante certo período. Toda esta variabilidade de denominação e cálculo traz dificuldades para os gestores para a seleção e utilização dos indicadores.

É importante destacar que dentre os indicadores apresentados de acesso à consulta, dois indicadores, também definidos de acesso aos serviços, com características distintas dos demais, foram identificados nos estudos. Um deles refere-se à proporção de exames clínicos pela população total da área e a média do número de horas do cirurgião-dentista dividido pela população, este último relacionado a recursos humanos. Demonstrando novamente, a falta de regularidade quanto ao aspecto denominação e forma de cálculo dos indicadores.

Um indicador denominado no estudo de “acesso ao serviço de saúde bucal” relativo a dimensão capacidade instalada foi identificado, e este também está disposto no Quadro 6, porém este difere dos demais indicadores de acesso à consulta odontológica. Neste caso, o indicador refere-se ao percentual de unidades com atendimento em saúde bucal e não o de pessoas com acesso a consulta.

O fato de ter unidades disponibilizadas ao atendimento em saúde bucal está mais relacionado ao acesso potencial ou oferta e não o obtido (real) pelas pessoas em relação ao serviço odontológico. Enquanto o acesso potencial refere-se àquele medido pela oferta potencial de atendimentos, por exemplo: os indicadores de cobertura pelas equipes básicas de saúde; o acesso obtido é medido pelos

atendimentos realizados, por exemplo: razões de procedimentos habitante/ano (BRASIL, 2011a).

No Quadro 7 estão dispostos os indicadores referentes ao tempo decorrido desde a última consulta odontológica e frequência de visita ao dentista.

Quadro 7 - Indicadores de tempo decorrido da última visita ao dentista e frequência de visita ao dentista e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013 (continua)

FORMA DE CÁLCULO	
Tempo decorrido da última visita ao dentista	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido da última visita odontológica	
Número de indivíduos segundo o tempo decorrido da última visita odontológica dividido pelo número total de pessoas entrevistada na pesquisa multiplicado por 100 categorizado em:	
• 0-8 ou mais que 9 anos. • Menor que 6 ou maior que 7 meses. • Há três anos ou mais. • Nunca foi ao dentista ou menos de 1 ano ou 1 a 2 anos ou 3 anos e mais	
INDICADOR: Percentual de usuários que fez visita ao dentista no último ano/mês	
Número de indivíduos segundo visita ao dentista no último ano/mês dividido pelo total de participantes da pesquisa e multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim, ou não ou não sabe.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que visitou o dentista nos últimos 12 meses	
Número de indivíduos segundo visita ao dentista nos últimos 12 meses dividido pelo total de participantes da pesquisa e multiplicado por 100 categorizado em:	
• Visitou ou não visitou.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo número de visitas nos últimos 12 meses	
Número de indivíduos segundo número de visitas nos 12 meses dividido pelo total de participantes da pesquisa e multiplicado por 100 categorizado em:	
• Nenhuma ou uma e mais.	
INDICADOR: Número de visita ao dentista nos últimos 3 anos	
Valor absoluto categorizado em:	
• Nenhuma ou uma e mais.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que visitou qualquer serviço de atendimento odontológico nos últimos 6 meses	
Número de indivíduos que visitou qualquer serviço de atendimento odontológico nos últimos 6 meses dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Número de visita ao dentista no último ano	
Valor absoluto categorizado em:	
• Menor ou igual a 1 visita ou maior que 1 visita.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo visita odontológica no ano anterior	
Número de indivíduos que visitou o dentista no ano anterior dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica	
Número de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta dividido pelo número de pessoas entrevistadas e multiplicado por 100 categorizado em:	
• Até 1 ano ou 1 a 2 anos ou mais de 2 anos. • Nunca foi atendido ou menos de 1 ano ou 1 ou mais anos. • Nunca foi ao dentista ou há menos de 1 ano ou entre 1 e 2 anos ou mais de 2 anos. • Nunca foi ao dentista ou menos de 3 anos ou há 3 anos ou mais. • Menos de 1 ano ou 1 a 5 ou mais que 5 anos.	

FORMA DE CÁLCULO	
•	Menos de 1 ano ou 1 a 2 anos ou mais de 3 anos.
•	Nunca foi ao dentista ou menos de 3 anos ou há 3 anos ou mais.
•	Menos de 2 anos ou 2 anos e mais.
•	Menos de 2 anos ou mais que 3 anos.
Frequência de visita ao dentista	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo frequência de visita ao dentista	
Número de indivíduo conforme frequência de consulta ao dentista pela população total entrevistada multiplicado 100 categorizado em:	
•	Nunca visitou dentista ou 1 vez ao ano ou 2 vezes ao ano ou 3 vezes ao ano ou em casos de dor ou não respondeu.
•	Nunca ou acesso irregular; ou acesso regular (menos de 1 ano).

O indicador tempo decorrido desde a última consulta odontológica e a frequência de visita ao dentista tiveram a fórmula de cálculo apresentada em diferentes períodos de anos como também, se o acesso era regular ou irregular (Quadro 7).

O indicador relacionado a frequência de visita encontra-se no rol dos preconizados pelo levantamento nacional de Saúde Bucal no Brasil (SBBrasil 2010) onde este foi categorizado em: menos de 1 ano, 1 a 2 anos, 3 ou mais anos, não sabe/não respondeu (BRASIL, 2011b). Nesta publicação o indicador se assemelha ao tempo decorrido da última visita ao dentista.

No Quadro 8 estão dispostos os indicadores na subdimensão serviço assistência referentes ao motivo de utilização do serviço odontológico e sua forma de cálculo. Este indicador foi calculado conforme o percentual de consultas segundo motivo da mesma. Diferentes motivos de consulta foram identificados nos estudos. Algumas delas agrupadas de forma mais sucinta, como tratamento de rotina ou urgência. Outros, porém, estabeleceram uma maior diversidade de motivos para a consulta, incluindo as informações sobre a confecção de prótese.

Outro indicador nesta subdimensão também identificado foi o percentual de pessoas segundo motivo da consulta ao dentista no último ano calculado conforme o número de pessoas segundo motivo da consulta odontológica.

O mencionado indicador também foi encontrado no SBBrasil 2010 onde este foi categorizado em: revisão e/ou prevenção, extração, tratamento, outros, não sabe/não respondeu (BRASIL, 2011b). Observou-se que nenhum dos indicadores sobre motivo da consulta odontológica encontrados nos artigos analisados utilizou as categorias empregadas pelo levantamento em saúde bucal.

Quadro 8 - Indicadores de motivo de utilização do serviço odontológico e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013

FORMA DE CÁLCULO	
Motivo da utilização de serviços	
INDICADOR: Percentual de consultas por motivo da utilização de serviços	
Número de consultas odontológicas segundo razão da consulta dividido pelo número total de consultas realizadas multiplicadas por 100 nas seguintes categorias:	
• Rotina, ou dor, ou cavidade nos dentes, ou outros. • Tratamento de rotina e prevenção; ou tratamento de urgência. • Dor, ou revisão, ou limpeza, ou exodontia, ou restauração, ou outros. • Rotina, ou problemas bucais (dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços ou manchas na boca). • Dor; ou sangramento gengival; ou cavidades nos dentes; ou feridas, ou caroços; ou outros. • Nunca foi atendido; ou consulta de rotina/manutenção; ou dor; ou sangramento gengival/cavidade nos dentes; ou outros. • Tratamento de rotina, ou dor, ou cavidade nos dentes, ou sangramento gengival, outros. • Consulta de rotina (reparos e manutenção protética); ou necessidade de prótese; ou dor; ou cavidades nos dentes; outros; sangramento gengival; ou feridas, caroços ou manchas na boca. • Confecção de prótese total; ou prótese removível; ou dor; ou restauração; outros. • Procedimento restaurador ou visita de rotina; ou cirurgia ou extração ou outros motivos. • Urgência/tratamento; ou controle/manutenção; ou outros.	
INDICADOR: Percentual de pessoas segundo motivo da consulta odontológica:	
Número de indivíduos segundo motivo da consulta odontológica dividido pelo número de pessoas entrevistadas que utilizaram o serviço multiplicado por 100 nas seguintes categorias:	
• Check-ups de rotina, ou dor ou desconforto, como sangramento gengival, cáries dentárias, feridas bucais ou inchaço facial. • Dor, ou revisão, ou limpeza, ou exodontia, ou restauração, ou outros. • Rotina ou problemas bucais.	

Dentre os indicadores de desempenho dos serviços, na subdimensão utilização dos serviços, o indicador mais frequente foi o tipo de serviço utilizado (Quadro 9).

Este indicador foi calculado quanto ao percentual de pessoas que tiveram este acesso ao serviço público ou privado ou filantrópico, ou por nível de atenção à saúde entre outros. Essas informações como também as dos indicadores de acesso são importantes para avaliar o percentual da população usuária do SUS e consequentemente contribuir com o planejamento de ações e implementações de serviços e políticas.

O SBBrasil 2010 categorizou o indicador percentual de pessoas segundo tipo de serviço utilizado em: serviço público, serviço particular, plano de saúde/convênios, não sabe/não respondeu (BRASIL, 2011b). Alguns estudos categorizaram de forma semelhante este indicador como do SBBrasil 2010.

Quadro 9 – Indicadores de tipo de serviço utilizado e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Tipo de serviço utilizado	
INDICADOR: Percentual de indivíduos por tipo de serviço utilizado	
Número de indivíduos segundo tipo de serviço utilizado dividido pelo número de pessoas que visitou o dentista categorizado em: • Centro de saúde, ou consultório particular, ou ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, ou de clínica e de hospital, ou emergências e outros que reúne farmácia, agente comunitário e outro tipo de serviço. • Público ou privado. • Público, ou privado ou outros. • Empresa ou outro. • Público, ou privado ou outros. • Público ou privado (liberal e convênio). • Gratuito ou não. • Particular ou público municipal. • Público, ou particular; ou convênio/credenciamento, ou nunca teve acesso. • Posto de saúde, ou própria escola, ou clínica da universidade; ou consultório particular • Nunca foi atendido; ou público ou filantrópico; ou privado liberal ou suplementar. • Público, ou privado, ou Plano de saúde, ou dentista na escola, ou trabalho, ou emergência entre outros. • Público, ou privado, ou prático. • Público, ou particular/empresas, ou sindicatos; ou outros • Privado liberal; ou público; ou privado (planos e convênios); ou filantrópico; ou outros. • Público, ou privado ou filantrópico. • Público ou privado; incluindo saúde suplementar.	

Um bom indicador de acesso potencial aos serviços de saúde é a cobertura de plano de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). As informações sobre a cobertura por plano de saúde também vem sendo incluída nos inquéritos nos países do Primeiro Mundo em virtude da necessidade de monitorar a situação das pessoas que não têm cobertura seja por plano de saúde público ou privado (VIACAVA, 2002).

Um estudo realizado por Viacava (2002) sobre os inquérito populacionais verificou que frequentemente estes inquéritos incluem questões referentes ao acesso e utilização de serviços de saúde, gerando informações fundamentais para a análise do acesso e utilização de serviços de saúde por áreas geográficas segundo características demográficas, sociais e de saúde. Para este autor a procura do usuário por serviço de saúde é determinada pelo estado de saúde ou o perfil de necessidades de saúde deste. Acrescenta ainda, quando analisado o perfil dos usuários do serviço de diferentes grupos populacionais foi identificado que a taxa de utilização é controlada pelo estado de saúde e padronizada por idade e sexo.

Viacava (2002) descreve dois tipos de dados frequentemente coletados nos inquéritos para analisar a utilização dos serviços: uso dos serviços em períodos mais longo de prazo (normalmente 12 meses ou 90 dias) e o outro a utilização mais recente de serviços de saúde (15 a 30 dias). Este autor menciona que a partir destes dados são criados indicadores do tipo: número de consultas médicas, ou consultas odontológicas anuais para determinados grupos populacionais, e há inquéritos que identificam se os serviços utilizados são regularmente os mesmos, considerado também este dado uma expressão do acesso.

Viacava (2002) enumera outros indicadores relacionados com o uso dos serviços:

Além desses dados mais gerais que caracterizam o uso de serviços de saúde, e são fundamentais para planejar a organização da oferta, os inquéritos costumam coletar dados relativos à frequência com que diferentes tipos de serviços são procurados, os motivos da procura, os tipos de atendimento recebido, motivo do não atendimento, tempo de espera para ser atendido, grau de satisfação dos pacientes, etc (VIACAVA, 2002, p.614).

Os indicadores de acesso e utilização dos serviços estão entre os mais frequentes neste estudo. O que se observa é a preocupação de acompanhar a partir dos avanços e políticas implementadas na saúde bucal o quanto tem sido o acesso e a utilização destes serviços pela população. Outro aspecto relaciona-se com o fato de avaliar o quão tem deixado de ser excludente o serviço odontológico que perdurou no país por muito tempo, a atenção exclusiva a determinados grupos em detrimento de outros. Também se menciona o fato do país ser marcado por grandes desigualdades sociais e ainda, que o acesso e utilização dos serviços estão atrelados às características individuais e contextuais do indivíduo e da organização dos serviços.

É preciso identificar o quanto tem sido o acesso aos serviços odontológicos disponibilizados pelo SUS para que novas políticas sejam implementadas ou até mesmo as ações sejam redirecionadas. O manual do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) informa que dos entrevistados na PNAD 2008, em média 35% destes declararam a utilização do SUS no último tratamento odontológico (BRASIL, 2012b).

Com relação a desigualdade socioeconômica presente no país e o seu reflexo para a saúde, assim como para o acesso e a utilização de serviços odontológicos, Barros

e Bertoldi (2002) afirmam que uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos e que o monitoramento dessas desigualdades é importante para a implementação de políticas públicas que busquem promover a saúde. Estes autores discutem também que “do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno” (BARROS; BERTOLDI, 2002, p. 710).

A disponibilidade ou oferta de profissionais constituiu-se no indicador também que apresentou variedade nos aspectos: denominação e forma de cálculo (Quadro 10). A forma de cálculo identificada variou de valor absoluto, média e razão de cirurgião-dentista por 1.000 ou 10.000 habitantes, número de profissionais cadastrados no SUS, Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou CRO e especialistas na área.

Um dos indicadores foi calculado avaliando-se o número de médicos cadastrados no CNES para atendimento como cirurgiões de cabeça e pescoço em unidades próprias ou conveniadas ao SUS. Novamente destaca-se diante desta variedade de indicadores para avaliar a oferta de recursos humanos a dificuldade gerada aos gestores para que os mesmos possam definir aquele que é mais adequado.

Quadro 10 - Indicadores de disponibilidade de profissionais e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013 (continua)

FORMA DE CÁLCULO
RECURSOS HUMANOS
INDICADOR: Número total de cirurgiões-dentistas.
Valor absoluto: Número total de cirurgiões-dentistas.
INDICADOR: Número total de dentistas do SUS por 1.000 habitantes.
Número total de dentistas do SUS por mil habitantes.
INDICADOR: Taxa média do número cirurgião-dentista por 1.000 habitantes.
Não apresenta.
INDICADOR: Razão entre o número de cirurgiões dentistas residentes no município por 1.000 habitantes.
Número de cirurgiões dentistas residentes no município por 1.000 habitantes.
INDICADOR: Razão entre o número de cirurgiões dentistas cadastrados pelo Sistema Único de Saúde por 1.000 habitantes.
Número de cirurgiões dentistas cadastrados pelo Sistema Único de Saúde por 1.000 habitantes.
INDICADOR: Razão do número de cirurgião-dentista por Unidade de Saúde.
Número de cirurgião-dentista dividido pelo número de Unidade de Saúde.
INDICADOR: Razão entre o número de dentistas no município por 1.000 habitantes.
Número de dentistas no município por 1.000 habitantes.
INDICADOR: Média do número total de dentistas por 1.000 habitantes.
Não apresenta.
Número de cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO) por 1.000 habitantes.
Número total de dentistas dividido por 1.000 habitantes

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Número total de cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO).	
Valor absoluto: Número total de cirurgiões-dentistas registrados no CFO.	
INDICADOR: Número de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO, para cada Município do Estado, ajustado para cada 10.000 habitantes.	
Número de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO, para cada Município do Estado, ajustado para cada 10.000 habitantes.	
Razão entre a população total do município dividida pelo número de profissionais cadastrados no serviço público.	
Número total da população do município dividida pelo número de profissionais cadastrados no serviço público	
Razão de habitantes por dentista nos municípios do estado.	
Número total de habitantes dividido pelo número de dentista nos municípios do estado.	
Razão entre número de habitantes e número de cirurgiões-dentistas residentes no município.	
Número total de habitantes dividido pelo número de cirurgiões-dentistas residentes no município	
Razão entre o número de ESB por Unidade de Saúde (US).	
Número de ESB dividido pelo número de US.	
Número total de cirurgiões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS.	
Valor absoluto: Número total de médicos cadastrados no CNES para atendimento como cirurgiões de cabeça e pescoço em unidades próprias ou conveniadas ao SUS	
Número de profissionais universitários (cirurgiões-dentistas) para cada 10.000 habitantes sob a gerência das prefeituras.	
Número de profissionais universitários (cirurgiões-dentistas) para cada 10.000 habitantes sob a gerência das prefeituras	
FORMA DE CÁLCULO	
RECURSOS HUMANOS	
Número de profissionais não universitários (auxiliares de odontologia) para cada 10.000 habitantes.	
Número de profissionais não universitários (auxiliares de odontologia) para cada 10.000 habitantes.	
Número de dentistas no setor público.	
Valor absoluto: Número de dentistas no setor público.	
Número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas.	
Valor absoluto: Número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas.	
Número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria.	
Valor absoluto: Número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria.	
Média do número de dentista por 10.000 habitantes.	
Não apresenta.	
Média do número de dentista do serviço público por 10.000 habitantes.	
Não apresenta.	
Média de horas de trabalho semanais do dentista no serviço público por 10.000 habitantes.	
Não apresenta.	

Toda essa gama de indicadores relacionados à oferta de recursos humanos vem demonstrar a preocupação ao longo dos anos, o aumento do número de profissionais principalmente no serviço público. O SUS passou a incorporar mais profissionais na saúde bucal com as ações e serviços implementados nesta área após a definição de políticas como a Política Nacional de Saúde Bucal (denominada de “Brasil Sorridente”) como também as novas diretrizes na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011c).

A priorização da saúde bucal na gestão do Ministério da Saúde materializou-se o “Brasil Sorridente”, que tem promovido a ampliação do acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal, principalmente por meio das Equipes de saúde Bucal na ESF, e de Atenção especializada através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde (QUELUZ, 2009, p. 195).

A Política da Atenção Básica tem como diretriz a reorientação da atenção com a implantação de equipe multiprofissional na ESF podendo acrescentar a esta composição, como parte desta equipe, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011c).

Queluz (2009) discute que a questão dos recursos humanos perpassa por toda a política de saúde bucal e que estes são componentes imprescindíveis do processo de desenvolvimento socioeconômico e relacionados com o tipo de sociedade que estão inseridos, desta forma, a força de trabalho e oferta de emprego devem ser vistos dentro de um contexto econômico.

Toda disponibilidade de recursos humanos na área da odontologia tem que ser atrelada a sua qualificação, pois somente a oferta destes não garantem o acesso e muito menos a qualidade no atendimento.

Thiede e McIntyre (2008) mencionam que o acesso apresenta três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Entretanto, para estes autores, a informação perpassa entre estas três dimensões e que possibilita as pessoas fazerem suas escolhas.

Travassos e Castro (2008) mencionam que estas dimensões e as suas interrelações são consideradas como barreiras de acesso. E que dentre as barreiras que dificulta o acesso incluem a disponibilidade ou presença de serviços e recursos humanos, porém, somente a disponibilidade destes recursos não garante o acesso. Os referidos autores definem outras barreiras que são: as geográficas (localização e espaço físico dos serviços; e deslocamento dos usuários potenciais aos serviços), as financeiras (relação negativa entre preços dos serviços e utilização), as organizacionais (horário de funcionamento, tempo de espera, tipo de profissional, acolhimento, qualidade técnica do cuidado), informacionais (informação dos serviços e informação em saúde), culturais, entre outras. Todas estas barreiras caracterizam

a oferta, onde estas se relacionam e que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Pode-se observar que nos artigos analisados foi utilizada a expressão “acesso ou acesso aos serviços” como também o termo “utilização dos serviços”. Acesso e utilização de serviços são termos com significados distintos e há discordância quanto ao conceito do primeiro. Travassos e Castro (2008) discutem que o termo acesso às vezes é considerado sinônimo de acessibilidade os quais são utilizados para indicar “o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 218).

Para Travassos e Martins (2004) “acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto”. Segundo estes autores o acesso está diretamente relacionado com as características da oferta de serviços.

Acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 218).

Em suma, o acesso é uma medida multidimensional onde cada dimensão está relacionada com a oferta de serviços e que facilita ou não a utilização destes serviços pelas pessoas (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Para Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços é a resultante da interação entre o comportamento dos indivíduos que procuram o cuidado, os serviços de saúde disponíveis e o profissional de saúde. Portanto, para estes autores a utilização dos serviços está diretamente relacionada com a oferta, porém, vários fatores individuais e contextuais predispõe a utilização dos serviços.

A utilização dos serviços corresponde a “todos os contatos diretos com os profissionais (incluindo médicos e demais profissionais) envolvidos na realização de procedimentos preventivos, terapêuticos ou de reabilitação” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 218). Portanto, ela é a resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema

de saúde e que o primeiro contato depende do comportamento do indivíduo e os demais são de responsabilidade dos profissionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Travassos e Castro (2008) discutem ainda que a percepção do indivíduo da necessidade de saúde pode originar o desejo de obter cuidado, o que poderá ser a mola propulsora ou não para a procura dos serviços para o atendimento. Acrescentam que esta procura aos serviços é denominada de demanda e que somente será atendida dependendo da existência de recursos para realizar serviços adequados para atender as necessidades.

A necessidade de saúde pode ser classificada em necessidade percebida pelo próprio indivíduo ou necessidade diagnosticada pelo profissional de saúde. A necessidade de saúde varia entre indivíduos, grupos, cultura e ao longo do tempo (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Para estes autores, um exemplo de medida de necessidade de saúde percebida, utilizada nos levantamentos populacionais é a auto-avaliação do estado de saúde.

Nos Quadros 11 e 12 são apresentados a forma de cálculo de dois indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde: o indicador de cobertura de consulta odontológica e o de cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, respectivamente.

Quadro 11 – Indicador cobertura de consulta odontológica e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Cobertura de atendimento odontológico	
Número total de primeira consulta na faixa etária dividida pela total da população na faixa etária.	
INDICADOR: Cobertura da primeira consulta odontológica programática	
Número total de primeiras consultas odontológicas pela população, por ano, multiplicado por 100 realizadas em cada município.	
Número total de primeiras consultas no município dividido pela população total do município	
Razão entre o número de primeiras consultas* odontológicas no ano e a população multiplicado por 100.	
*Consultas de urgência e emergência não estão incluídas neste indicador.	
Total de consultas dividido pela população no mesmo local e período.	
INDICADOR: “Cobertura de Primeira Consulta de Odontologia”	
Número de consultas e atendimentos eventuais de urgência, dividido pela população do município	

O indicador de consulta odontológica apresentou três diferentes formas de denominação e cálculo. Deve-se mencionar que o cálculo do indicador “cobertura de

primeira consulta odontológica”, difere do indicador de consulta programática, pois no primeiro são incluídas as consultas de urgência.

Quadro 12- Indicador cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
Média mensal de participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada dividida pela população total do município	
INDICADOR: Cobertura de ações de escovação supervisionada	
Não apresenta	
INDICADOR: Média anual de população de zero a 14 anos de idade coberta por procedimentos coletivos*	
Numerador: soma dos procedimentos coletivos** apresentada pelo município mês a mês, em cada ano, dividida pelo número de meses em que esta quantidade foi diferente de zero. Denominador: total da população entre zero a 14 anos de idade residente no município.	

*Razão entre o número de procedimentos coletivos em população menor que 14 anos. Este indicador é apresentado na forma de razão, sendo uma relação favorável aquela em que os valores estão mais distantes de 0,0 e próximos de 1,0.

**Procedimentos coletivos correspondem a exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, realização de bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.

O indicador na dimensão educação/promoção da saúde - cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada - teve poucas variações em termo de cálculo e denominação.

Os indicadores - cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura de ação coletiva dental supervisionada - foram propostos pelo Ministério da Saúde na implementação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, em 2006, pela Portaria nº 493 (BRASIL, 2006b). Este Pacto conforme Roncalli (2009) consiste na tentativa dos Sistemas de Informação de processar informações epidemiológicas importantes para a tomada de decisão e para estabelecer metas para serem pactuadas a nível federal, estadual e municipal.

Outro termo utilizado nos artigos científicos foi “cobertura”. Para Travassos e Castro (2008):

Cobertura é um indicador de acesso que expressa a proporção de uma determinada população que pode (tem direito a) receber ou que recebeu um determinado serviço ou procedimento (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 236).

O acesso ao flúor outro indicador de desempenho do serviço foi também frequente nos estudos (Quadro 13).

Quadro 13 - Indicadores de acesso ao flúor e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Acesso ao flúor	
INDICADOR: Percentual de domicílios atendidos pela fluoretação	
Número de domicílios que recebem água fluoretada dividido pelo número total de domicílios multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de crianças recebeu aplicação tópica de flúor	
Número de crianças submetida a aplicação tópica de flúor dividida pelo número total de crianças investigadas multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual da população que recebe água fluorada	
Número da população beneficiada pela água fluoretada dividido pela população total do município multiplicado por 100.	
INDICADOR: Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	
Existência de coleta sistemática (mensal).	
INDICADOR: Suplimento de água fluoretada	
Não menciona	
INDICADOR: Período de fornecimento de flúor na água (anos)	
Fornecimento de flúor na água (anos) categorizado em:	
Sem fornecimento; 1-5 anos; + de 5 anos	
INDICADOR: Percentual de municípios com flúor na água de abastecimento público	
Número de municípios com flúor na água de abastecimento público dividido pelo número de municípios da região multiplicado por 100 categorizado em:	
- Presença ou ausência. - Período ininterrupto de ao menos 5 anos.	
Saúde bucal na escola	
INDICADOR: Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche	
Número de escolas que realiza escovação dental supervisionada dividido pelo número total de escolas multiplicado por 100.	

Diferentes formas de apresentação do indicador acesso ao flúor foram encontradas. Desde formas como o fornecimento de água fluoretada na rede de abastecimento, escovação dental supervisionada nas escolas, vigilância no teor de flúor até períodos (em anos) de fornecimento do flúor (Quadro 13).

A adição de flúor na água, uma ação de promoção de saúde, resultado de articulação intersetorial, vem contribuindo significativamente na redução do índice de cárie. Uma ação de baixo custo e de grande amplitude, considerando o percentual da população brasileira que vive em residências com rede de abastecimento de água no país, correspondendo a proporção de 82,9% dos domicílios (IBGE, 2011), medida que foi progressivamente sendo adotada pelos municípios.

Evidências vêm apontando um declínio acentuado e real na prevalência de cárie entre crianças nos países industrializados e em alguns países em desenvolvimento, inclusive no Brasil (NADANOVSKY, 2008).

Nadanovsky (2008) enumera as possíveis causas deste declínio: a utilização em larga escala de dentifrícios fluorados, a fluoração das águas de abastecimento público, as melhorias nas condições de vida das populações, alterações nos padrões dietéticos e mudanças nos critérios de diagnóstico da doença.

Quadro 14 – Indicadores de cumprimento Global de Metas dos CEO e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Cumprimento Global de Metas dos CEO	
Quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100. Conforme Portaria Ministerial nº. 600 de 2006.	
INDICADOR: Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal	
Transformação do indicador Cumprimento Global das Metas em variável binária, categorizando em serviços que:	
• Cumpriram: tiveram pelo menos uma meta do Subgrupo de Especialidades atingida (Periodontia, Endodontia ou Cirurgia Oral Menor); ou que não cumpriram: nenhuma meta foi atingida ou apenas a Meta do Subgrupo Atenção Básica.	
INDICADOR: Cumprimento da Meta de Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia	
Cumprimento da meta por Subgrupos de procedimentos odontológicos: Atenção Básica (Procedimentos Individuais Preventivos, Dentística Básica e Odontologia Cirúrgica Básica); Periodontia; Endodontia; e, Cirurgia Oral Menor [Odontologia Cirúrgica, Traumatologia Bucomaxilofacial e Procedimentos/Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa)	
INDICADOR: Cumprimento global das metas segundo tipo de Centro de Especialidades Odontológicas	
Percentual em relação a meta categorizada em desempenho:	
• ruim, ou bom ou ótimo.	

O cumprimento de metas dos CEO está entre os indicadores da atenção secundária encontrado nos estudos analisados. Este apresenta a peculiaridade de sua forma de cálculo ser baseada na Portaria nº 600 do Ministério da Saúde onde prevê o quantitativo de metas que deve ser realizado por especialidade e a partir daí calcula-se o indicador.

Outros indicadores referentes à atenção secundária apresentados foram os relacionados a disponibilidade de profissionais sendo eles: a oferta de profissionais especialistas, serviço de referência e contrarreferência ao câncer de boca (APÊNDICE J).

6.1.3.1.2 Indicadores de Gestão quanto aos Instrumentos de Coleta

Na realização de uma pesquisa uma sequência de etapas deve ser percorrida. Freire e Silva (2006) mencionam que a seleção do método e a técnica de coleta de dados encontram-se dentre as etapas importantes em uma pesquisa e estas devem estar em consonância com os objetivos e delineamento de cada projeto.

Esses autores destacam que a coleta de dados tem como objetivo obter as informações requeridas da realidade e para isso, seleciona-se um instrumento conforme o tipo de informação que se almeja. Os tipos de instrumento para obtenção da informação mais utilizados nos levantamentos de informação em saúde são: o resumo, a observação, o questionário e a entrevista (FREIRE; SILVA, 2006).

Os resumos obtêm informações de registros escritos mantidos para outros propósitos como exemplo: prontuários e fichas clínicas e registros de empregados, geralmente efetuados em formulários específicos (HARTGE; CAHILL, 1998 apud FREIRE; SILVA, 2006). A observação é o registro da informação a partir de um observador e pode ser realizado por meio de exame físico, coleta de material biológico e amostras do meio ambiente (FREIRE; SILVA, 2006).

Segundo Freire e Silva (2006) para os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal a OMS elaborou um formulário padrão que inclui informações gerais sobre o indivíduo e sobre as condições clínicas, e estes formulários podem ser utilizado na íntegra, em partes ou adaptados a depender do objetivo da pesquisa.

Os dois instrumentos de coleta - a entrevista e o questionário - segundo Rudio (2003) apud Freire e Silva (2006) são constituídos de questões, em forma de perguntas, sistematizadas e organizadas para obter a informação.

Para o mencionado autor a diferença entre os dois instrumentos é que enquanto no questionário as perguntas e respostas são feitas por escrito, na entrevista as perguntas são orais e o entrevistador registra por escrito ou são gravadas.

Outra classificação dos instrumentos de coleta é descrita por Barbosa (1998). Para este autor os tipos de instrumentos de coleta de dados nas pesquisas incluem, além do questionário, da entrevista e da observação direta, também o registro institucional (análise documental) e o grupo focal. Os registros institucionais correspondem aos registros na própria organização, sob a forma de documentos, fichas, relatórios ou

arquivos em computador e o grupo focal é um grupo de discussão informal com características comuns (nível de escolaridade, condição social) e com número máximo de 12 pessoas, com o propósito de obter informação qualitativa em profundidade (BARBOSA,1998).

Para este estudo a coleta em banco de dados de pesquisa ou sistema de informação foi denominada de recuperação de dados.

O percentual de indicadores na categoria gestão quanto ao instrumento de coleta pode ser visualizado na Figura 8.

Verificou-se, em ordem decrescente, que a maioria dos indicadores (34%) foram obtidos de dados oriundos de banco de pesquisas ou inquéritos, como também do Sistema de informação, denominados de recuperação de dados. Em seguida, o questionário (24%) e registro institucional (14%) oriundos de relatórios institucionais ou documentos. Em 1% dos estudos foram utilizados registros institucionais e recuperação de dados.

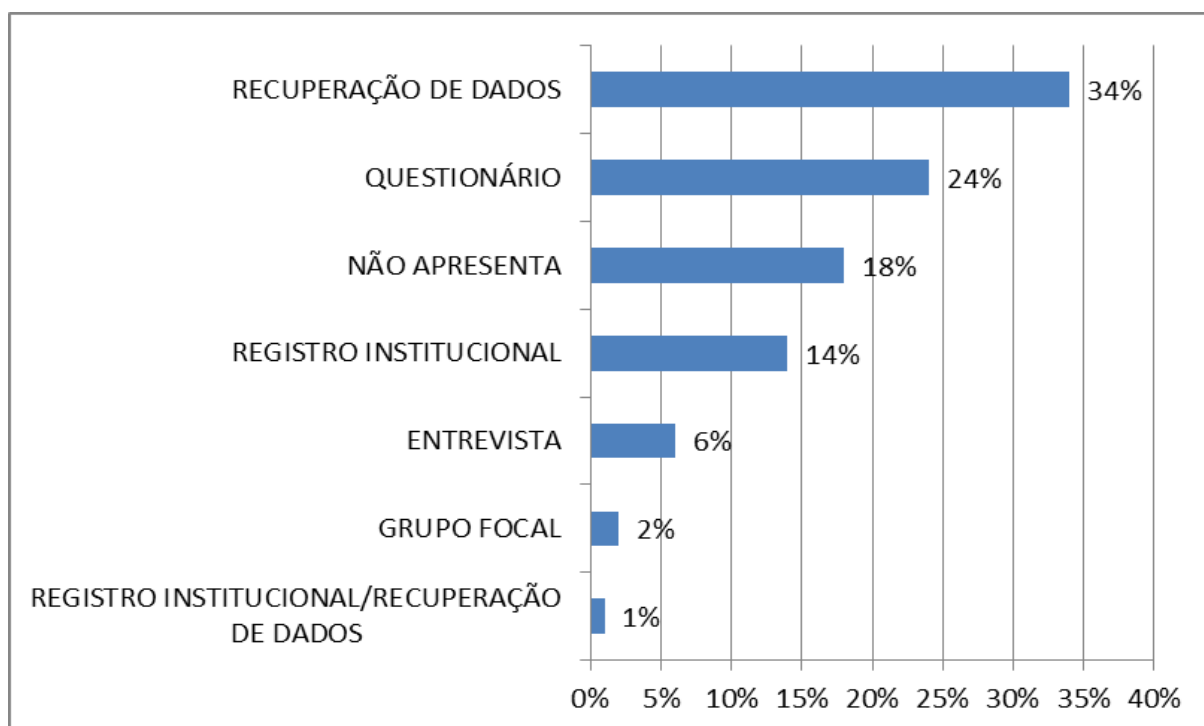


Figura 8 - Percentual de Indicadores na categoria gestão, segundo instrumento de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

O instrumento de coleta mais utilizado para obter a informação sobre o indicador acesso à consulta odontológica foi o questionário, seguido da recuperação de dados de levantamentos nacionais e locais. A entrevista foi utilizada em alguns estudos. Destacando que a PNAD de 1998 e 2003 trouxeram também informações sobre este indicador. Um estudo buscou a informação com um questionário fechado adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores.

As formas de coleta mais utilizadas para obter a disponibilidade ou oferta de profissionais foram registros institucionais do CFO, CRO, Secretarias de Saúde, entre elas a do Paraná, recuperação de dados do Sistema de Informação (SAI-SUS, DATASUS, CNES) ou banco de dados de pesquisas. A utilização de questionário também foi observada. Verificou-se a predominância da utilização dos Sistemas de Informação do SUS.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados para o indicador tempo decorrido desde a última consulta odontológica foram questionário, dentre este um questionário adaptado do SBBrasil 2003, entrevista, como também recuperação de dados da PNAD de 1998 e 2003, do Inquérito de Saúde Municipal de Campinas (ISA Camp) em 2008, pesquisas em escolares do país entre 1997 e 2004 e Levantamento Nacional de Saúde Bucal.

A coleta do indicador motivo de utilização dos serviços foi predominantemente obtida por meio de questionário, seguido do roteiro de entrevista. Informações de levantamentos nacionais de saúde bucal instituído pelo Ministério da Saúde e levantamento local, também foram, com menor frequência, utilizados.

O indicador cobertura de primeira consulta foi colhido de pesquisa nos Sistema de Informação do SUS – DATASUS, SIA e SIAB como também, de dados da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro e do Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de São Paulo.

Os dados do indicador tipo de serviço utilizado foram coletados com questionário, recuperação de dados de pesquisas como: PNAD, SBBrasil 2003, Estudo de Saúde Oral 1997 e a Pesquisa Saúde e Sociedade da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).

A maioria das informações do indicador acesso ao flúor foi colhida diretamente da Secretaria de Saúde, por exemplo, a do Paraná, ou companhia de abastecimento de água.

6.1.3.1.3 Indicadores de Gestão quanto às suas Fontes de Informação

Neste estudo foram consideradas como fonte de dados primária, os inquéritos, as pesquisas científicas ou registros produzidos pelos serviços e como fonte secundária, os bancos de dados.

Dos estudos analisados 47% dos indicadores foram obtidos de fonte primária seguido por 34% da fonte secundária e em 18% destes não foi informado a fonte. Destaca-se que em um mesmo estudo (1%) foram identificados indicadores de gestão obtidos de fonte primária e secundária.

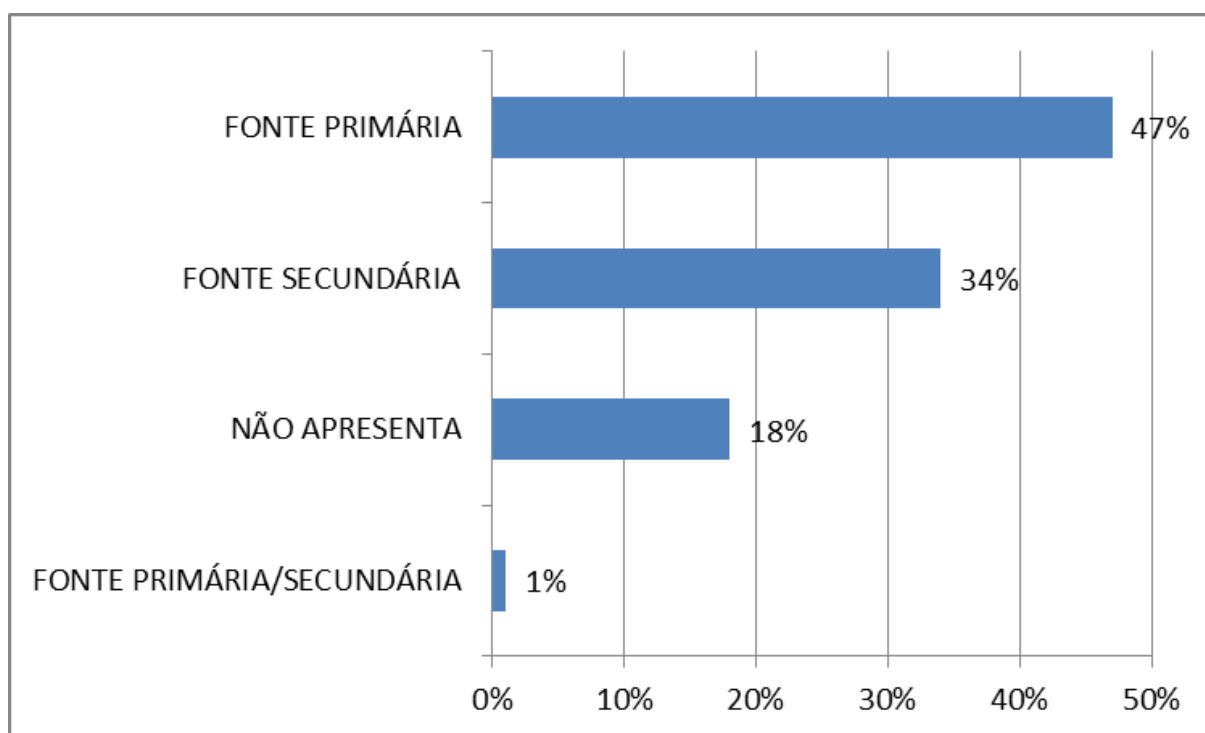


Figura 9 - Percentual de Indicadores na categoria gestão, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Para obter as informações do indicador acesso à consulta odontológica utilizou-se com mais frequência a fonte primária e estas foram colhidas por meio dos inquéritos,

algumas delas no domicílio, e também de registro institucional. Na fonte secundária buscou-se o banco de dados de levantamento nacional como local.

Não houve predominância do tipo de fonte no caso do indicador disponibilidade de recursos humanos ou profissionais. Na fonte primária obteve-se informações oriundas do diretor/responsável pela unidade e/ou cirurgião-dentista, das Coordenadorias Regionais de Saúde, de Secretaria Estadual de Saúde (SES), CRO, profissionais do serviço ou registro institucional. As fontes secundárias foram acesso aos dados de pesquisas nacionais ou locais. O Sistema de informação também foi outra fonte secundária utilizada como: DATASUS, SAI-SUS, CNES e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para o indicador tempo decorrido desde a última consulta odontológica foram utilizadas as fontes primária e secundária. A primeira foi obtida de informação de inquéritos, incluindo no domicílio e a informação da mãe do pesquisado, e a secundária pelo acesso de dados das pesquisas nacionais e locais, como do SBBrasil 2003 e PNAD.

Para o indicador - motivo de utilização dos serviços - a fonte primária predominou, a informação foi obtida por inquérito, incluindo no domicílio. A fonte secundária foi acesso ao banco de dados da pesquisa realizada com escolares brasileiros entre 1997 e 2004.

Para o indicador “primeira consulta odontológica” utilizou-se a fonte secundária onde os Sistemas de Informação do DATASUS e SIA-SUS foram pesquisados.

O indicador tipo de serviço utilizado teve como fonte primária os inquéritos e secundária o banco de dados do SBBrasil 2003 e de outros levantamentos, nacional e local.

Para o indicador acesso ao flúor foi utilizado como fonte primária o relatório da SES do Paraná e registros das secretarias e coordenações de saúde bucal, e como fonte secundária, os dados da PNAD. O indicador cumprimento global de metas do CEO foi obtido exclusivamente de acesso ao banco de dados do DATASUS, SIA/SUS e CNES do CEO, portanto fonte secundária.

6.1.3.4 Indicadores de Gestão quanto aos seus Propósitos

Os propósitos dos indicadores relacionados ao acesso ao serviço de saúde bucal são apresentados no Quadro 15.

Quadro 15 - Propósitos dos indicadores de acesso à consulta odontológica, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia- GO, 2013.

PROPÓSITO	
Acesso à consulta odontológica	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com acesso à consulta odontológica	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que possui dentista regular	
• Fator facilitador para utilização dos serviços.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que consultou um dentista pelo menos uma vez	
• Verificar a utilização dos serviços	
INDICADOR: Percentual de indivíduos conforme frequência de consulta ao dentista	
• Verificar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal	
INDICADOR: Percentual de indivíduos conforme última consulta ao dentista	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que teve acesso ao consultório odontológico no último ano	
• Verificar o acesso ao serviço odontológico	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano	
• Indicador que reflete, de maneira singular, as desigualdades socioeconômicas em saúde	
INDICADOR: Percentual de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista	
• Verificar o acesso ou índices de pessoas que nunca frequentaram o dentista	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal	
• Avaliar o acesso e mostra a dificuldade de acesso aos serviços ou a tendência do acesso aos serviços de saúde bucal	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que já foi ao dentista	
• Verificar o acesso	
• Identificar o uso de serviço bucal	
• Não apresenta	
INDICADOR: Número de exames (Acesso a consulta)	
• Não Apresenta	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com atendimento odontológico	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de indivíduos que nunca consultou um dentista	
• Não apresenta	
• Verificar a utilização dos serviços	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com acesso ao serviço de saúde bucal	
• Não apresenta	
INDICADOR: Média do número de horas do cirurgião-dentista pela população (Acesso ao dentista)	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com atendimento em saúde bucal (Acesso ao serviço de saúde bucal)	
• Não apresenta	

Quanto ao propósito dos indicadores de acesso ao serviço odontológico, quando apresentados nos artigos, estes foram para verificar o acesso ou utilização dos serviços. Alguns estudos definiram que o mesmo serve para identificar os que nunca frequentaram o dentista, verificar aqueles que têm dificuldade de acesso aos serviços como também a ausência de consulta regular. Em relação a este indicador também foi mencionado que ele reflete, de maneira singular, as desigualdades socioeconômicas em saúde (Quadro 15).

A maioria dos artigos não apresentou o propósito dos indicadores utilizados. A falta de padronização traduzida nas diferentes formas de cálculo e denominações dos indicadores, bem como, a não apresentação dos seus propósitos dificultam a compreensão e a seleção destes.

O indicador “percentual de pessoas que nunca foi ao dentista”, foi utilizado na PNAD, com a proposta de monitorar o acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2003c).

Os indicadores denominados “percentual de pessoas por faixa etária que nunca consultou um dentista” e “percentual de pessoas que consultou o dentista pelo menos uma vez”, descritos no SBBrasil 2010, foram utilizados para avaliar o uso dos serviços odontológicos (BRASIL, 2011b).

O propósito dos indicadores de tempo decorrido da última visita ao dentista e frequência de visita ao dentista estão dispostos no Quadro 16.

Predominantemente, o indicador tempo decorrido desde a última visita ao dentista foi proposto para verificar o uso ou a utilização dos serviços de saúde bucal ou odontológico. Um dos estudos empregou o indicador para avaliar os fatores relacionados à saúde bucal (Quadro 16).

O percentual de pessoas segundo frequência de visita ao dentista foi proposto nos estudos para verificar o uso do serviço de saúde bucal ou verificar os cuidados assistenciais.

O indicador “percentual de pessoas que foi ao dentista nos últimos 12 meses” foi utilizado na PNAD, com a proposta de monitorar o acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2003c).

Quadro 16 - Propósitos dos indicadores de tempo decorrido da última visita ao dentista e frequência de visita ao dentista, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013

PROPÓSITO	
Tempo decorrido da última visita ao dentista	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido da última visita odontológica	
•	Verificar a utilização do serviço odontológico
•	Não apresenta
INDICADOR: Percentual de usuários que fez visita ao dentista no último ano/mês	
•	Verificar o uso de serviço bucal
INDICADOR: Percentual de indivíduos que visitou o dentista nos últimos 12 meses	
•	Não apresenta
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo número de visitas nos últimos 12 meses	
•	Verificar a utilização dos serviços ou características de acesso aos serviços
INDICADOR: Número de visita ao dentista nos últimos 3 anos	
•	Verificar a utilização dos serviços de saúde ou acesso aos serviços de saúde
INDICADOR: Percentual de indivíduos que visitou qualquer serviço de atendimento odontológico nos últimos 6 meses	
•	Não apresenta
INDICADOR: Número de visita ao dentista no último ano	
•	Verificar a utilização dos serviços
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo visita odontológica no ano anterior	
•	Verificar a utilização dos serviços
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica	
•	Verificar a utilização do serviço odontológico
•	Avaliar fatores relacionados à saúde bucal
•	Avaliar o acesso
•	Não apresenta
Frequência da consulta ao dentista	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo frequência de visita ao dentista	
•	Verificar os cuidados assistenciais
•	Verificar a utilização do serviço odontológico

O propósito do indicador motivo da utilização dos serviços pode ser visualizado no Quadro 17.

Quadro 17 - Propósitos dos indicadores de motivo de utilização dos serviços, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013

PROPÓSITO	
Motivo de utilização dos serviços	
INDICADOR: Percentual de consulta por motivo da utilização de serviços	
•	Utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses.
•	Verificar o acesso
•	Não apresenta
INDICADOR: Percentual de pessoas segundo motivo da consulta odontológica	
•	Verificar o acesso ao serviço odontológico

O propósito do indicador motivo da utilização dos serviços (Quadro 17) esteve predominantemente atrelado a verificar a utilização dos serviços odontológicos ou o acesso, concordando com o preconizado pelo SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011b).

Quadro 18 - Propósitos dos indicadores de tipo de serviço utilizado, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013

PROPÓSITO	
INDICADOR: Tipo de serviço utilizado	
•	Descrever a utilização dos serviços de saúde
•	Uso de serviço bucal
•	Verificar a utilização dos serviços odontológicos
•	Avaliar o acesso aos serviços
•	Não apresenta

O tipo de serviço utilizado constitui-se como proposta para avaliar o acesso aos serviços odontológicos ou descrição da utilização destes serviços (Quadro 18), concordando com o SBBrasil 2010 que foi preconizado para avaliar o uso dos serviços (BRASIL, 2011b).

Quadro 19 - Propósitos dos indicadores de disponibilidade de recursos humanos, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013 (continua)

PROPÓSITO	
Recursos Humanos	
INDICADOR: Número total de cirurgiões-dentistas	
•	Capacidade física instalada
INDICADOR: Número total de dentistas do SUS por 1.000 habitantes	
•	Não Apresenta
INDICADOR: Taxa média do número cirurgião-dentista por 1.000 habitantes	
•	Indicador da dimensão da oferta de serviços odontológicos, capacidade instalada
INDICADOR: Razão entre o número de cirurgiões dentistas residentes no município por 1.000 habitantes.	
•	Indicador de provisão de serviços
INDICADOR: Razão entre o número de cirurgiões dentistas cadastrados pelo SUS por 1.000 habitantes	
•	Indicador de provisão de serviços
INDICADOR: Razão do número de cirurgião-dentista por Unidade de Saúde	
•	Capacidade física instalada
INDICADOR: Razão entre o número de dentistas no município por 1.000 habitantes	
•	Indicadores de provisão de serviços odontológicos
INDICADOR: Número de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO por 1.000 habitantes.	
•	Provisão de serviços. Dimensão: oferta de serviços
INDICADOR: Número de cirurgiões-dentistas registrados no CFO	
•	Oferta de Recursos Humanos
INDICADOR: Número de CD inscritos no CRO, para cada Município do Estado, ajustado para cada	

PROPÓSITO
10.000 habitantes;
• Indicadores de recursos odontológicos
INDICADOR: Razão entre a população total do município dividida pelo número de profissionais cadastrados no serviço público
• Oferta de serviços odontológicos. Disponibilidade de profissionais nos municípios
INDICADOR: Número total de dentistas do SUS por mil habitantes
• Oferta de serviços odontológicos. Disponibilidade de profissionais nos municípios
INDICADOR: Razão entre o número de ESB por Unidade de Saúde (US).
• Capacidade física instalada
INDICADOR: Número total de cirurgões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS
• Verificar o acesso ao tratamento especializado
INDICADOR: Número de profissionais universitários (cirurgiões-dentistas) para cada 10.000 habitantes sob a gerência das prefeituras
• Resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal
INDICADOR: Número de profissionais não universitários (auxiliares de odontologia) para cada 10.000 habitantes.
• Resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal
INDICADOR: Número de dentistas no setor público
• Indicador de “Oferta da assistência odontológica” (cobertura potencial)
INDICADOR: Número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas
• Não Apresenta
INDICADOR: Número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria
• Não Apresenta
INDICADOR: Média do número de dentista por 10.000 habitantes.
Avaliar a oferta de serviços
INDICADOR: Média do número de dentista do serviço público por 10.000 habitantes.
• Avaliar a oferta de serviços
INDICADOR: Média de horas de trabalho semanais do dentista no serviço público por 10.000 habitantes
• Avaliar a oferta de serviços

De maneira geral, o indicador relacionado à disponibilidade de recursos humanos com as suas diferentes formas de cálculo, esteve relacionado com a oferta ou provisão dos serviços especificamente, na disponibilidade de recursos humanos ou recursos odontológicos, ou capacidade física instalada (Quadro 19).

Foi encontrado estudo que definiu que o referido indicador é útil para avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal na dimensão “Oferta da assistência odontológica” (cobertura potencial).

Esse indicador também foi empregado para a avaliação das políticas públicas de saúde implementadas. O propósito do indicador relacionado com a atenção secundária, número de cirurgões de cabeça e pescoço, foi o de verificar o acesso ao tratamento especializado.

De maneira geral, o indicador cobertura da primeira consulta odontológica programática foi proposto para avaliar o acesso aos serviços (Quadro 20). Também, foi proposto como indicador de acesso à detecção ou diagnóstico precoce. Este indicador também foi proposto para avaliar a dimensão utilização de Serviços.

Quadro 20 - Propósitos do indicador cobertura de consulta odontológica, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013

PROPÓSITO	
INDICADOR: Cobertura de atendimento odontológico	
• Não apresenta	
INDICADOR: Cobertura da primeira consulta odontológica programática	
• Informação em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde públicos pela população. • Indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual • Indicador de acesso. Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura da população que teve acesso a essa consulta. • Indicador de acesso à detecção ou diagnóstico precoce. • Aferir o acesso a serviços odontológicos públicos. Não são referidos atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. • Indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual. Indicadores de serviços de saúde bucal na atenção básica.	
“Cobertura de Primeira Consulta de Odontologia”	
• Indicadores de cobertura assistencial odontológica pública	
Cobertura de Primeira Consulta odontológica (SIA-SUS)	
• “Utilização de Serviços (cobertura real)”.	

A cobertura de primeira consulta odontológica programática é um indicador que permite verificar o acesso aos serviços odontológicos básicos e a necessidade de adequação nestes serviços, como também pode contribuir para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS e subsidiar a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal (BRASIL, 2006c).

Quadro 21 - Propósitos do indicador cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
INDICADOR: Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
• utilização de serviços odontológicos	
INDICADOR: Cobertura de ações de escovação supervisionada	
• Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.	

A cobertura de ações de escovação supervisionada expressa o acesso das pessoas as ações de prevenção (Quadro 21).

Na Portaria nº 493 está definido que a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada contribui para o monitoramento do grau de acesso da população à prevenção de doenças bucais, além de subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal como também, avaliar a necessidade de ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal (BRASIL, 2006b).

Quadro 22 - Propósitos dos indicadores de acesso ao flúor, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
Acesso ao flúor	
INDICADOR: Percentual de domicílios atendidos pela fluoretação	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de crianças recebeu aplicação tópica de flúor	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual da população que recebe água fluorada	
• Provisão de Serviços	
INDICADOR: Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche	
• Não apresenta	
INDICADOR: Suplimento de água fluoretada	
• Oferta de serviço	
INDICADOR: Período de fornecimento de flúor na água (anos)	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de municípios com flúor na água de abastecimento público	
• Existência de fluoretação das águas.	
• Indicadores de provisão de serviços odontológicos	

O propósito dos indicadores agrupados em acesso ao flúor foi o de avaliar a provisão ou a oferta dos serviços, e um deles foi para avaliar a existência de fluoretação das águas (Quadro 22). Apesar da maioria dos estudos não apresentarem o propósito dos indicadores relacionados ao acesso ao flúor é importante destacar que o acompanhamento deste permite identificar a população coberta por uma das medidas de prevenção da cárie e promoção da saúde.

Nas últimas décadas o uso do flúor, incluindo a fluoretação das águas, como medida de promoção da saúde e prevenção da cárie tem sido uma das marcas na saúde

pública, porém, a doença cárie e suas sequelas continuam sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e populações vítimas das iniquidades nos países desenvolvidos (MOYSES; MOYSES, 2013).

Quadro 23 - Propósitos dos indicadores de cumprimento global de meta do CEO, identificados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO
INDICADOR: Cumprimento Global de Metas dos CEO
• Avaliar o desempenho do CEO. Avaliada por meta de subgrupo
INDICADOR: Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal
Avaliação da Atenção Secundária
INDICADOR: Cumprimento da Meta de Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.
Avaliação do Subgrupo de Metas
INDICADOR: Cumprimento global das metas segundo tipo de Centro de Especialidades Odontológicas
Desempenho do CEO por tipo de CEO

O cumprimento de metas foi proposto para avaliar a atenção secundária em saúde bucal em relação a meta por subgrupo ou por tipo de CEO (Quadro 23).

7.1.3.2 Indicadores de Condição de Saúde Bucal

Os indicadores de condição de saúde bucal identificados neste estudo foram agrupados em três dimensões. Os indicadores de condição relacionados a problemas de saúde foram agrupados na dimensão: doenças e agravos. E os associados ao estado de saúde foram agrupados nas dimensões comportamento e percepção da saúde. As dimensões, subdimensões e suas frequências foram identificadas (Tabela 4).

Nos 221 artigos analisados contendo indicadores de condição de saúde bucal foram identificados 3 dimensões e 11 subdimensões (Tabela 4), totalizando 620 ocorrências de indicadores nesta categoria. Na Tabela 4 pode ser visualizada a frequência em cada dimensão em ordem decrescente. Os indicadores mais frequentes na dimensão doença e agravos foram nas subdimensões: cárie (47,90%), perda dentária (14,51%), condição periodontal (12,74%) e fluorose (6,61%). Na dimensão comportamento foi na subdimensão hábito (2,41%). Na percepção da saúde foi na subdimensão bem-estar (7,09%).

Tabela 4- Frequência de ocorrência dos indicadores de condição de saúde bucal segundo dimensão e subdimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL			
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	N	(%)
DOENÇAS E AGRAVOS (n=605)	Cárie	297	47,9
	Perda dentária	90	14,5
	Condição periodontal	79	12,7
	Fluorose	41	6,6
	Condição oclusal	18	2,9
	Defeitos de desenvolvimento do esmalte	8	1,3
	Câncer de boca	20	3,2
	Traumatismo dental	1	0,2
COMPORTAMENTO (n=14)	Hábito	15	2,4
PERCEPÇÃO DA SAÚDE (n=51)	Bem-estar	44	7,1
	Necessidade referida	7	1,1
TOTAL		620	100,0

As condições de saúde bucal pesquisadas no último levantamento nacional de saúde bucal - SBBrasil 2010 - foram: cárie dentária; condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose dentária e edentulismo (uso e necessidade de prótese). Além destas, a condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal também foram avaliadas (BRASIL, 2011b). Para cada condição foram selecionados índices específicos, os indicadores construídos a partir destes índices serão descritos durante o decorrer da discussão dos resultados encontrados nos estudos analisados.

Metas em saúde bucal para o ano 2020 foram estabelecidas pela Federação Odontológica Internacional (FDI), a Associação Internacional para Pesquisa Odontológica (IADR) e a OMS. O documento apresentou: metas, objetivos e alvos relativos à redução do impacto das várias doenças bucais e de origem craniofacial, com ênfase na promoção da saúde, oferta, diagnóstico precoce, prevenção e tratamento entre outros (HOBDELL, 2003). Para este trabalho as metas estabelecidas foram convertidas em indicadores, os quais passaram a ser correlacionados com os achados nos artigos analisados.

No Quadro 24 são apresentados os indicadores de condição de saúde bucal mais frequentes em cada subdimensão.

Quadro 24 - Indicadores de condição de saúde bucal mais frequentes em cada subdimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	N
DOENÇAS E AGRAVOS (n=605)	CÁRIE (n= 297)	Média do Índice CPO-D e proporção dos componentes em relação ao CPO total	110
		Percentual de livres de cárie (ceo-d ou CPOD=0)	64
		Média do Índice ceo-d e proporção dos componentes em relação ao ceo total	48
		Percentual de indivíduos com ceo-d ou CPOD > 1	34
		Significant Caries Index (SiC Index)	17
	PERDA DENTÁRIA (n=90)	Percentual segundo uso e/ou necessidade de Prótese	38
		Percentual de Edentulismo	13
	CONDIÇÃO PERIODONTAL (n=79)	Percentual e média por sextantes segundo condição periodontal medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI)	18
		Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) em percentuais de pior escore apresentado	12
	FLUOROSE (n=41)	Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean da Segundo prevalência e gravidade	18
PERCEPÇÃO DA SAÚDE (N=51)	BEM ESTAR (n=44)	Percentual da dor de dente segundo prevalência e intensidade	17
		Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	8
		Item Global de Saúde	3
	NECESSIDADE REFERIDA (n=7)	Necessidade de tratamento autorreferida ou morbidade bucal referida	7

Em relação à cárie, os indicadores derivados do índice ceo-d ou CPO-D tiveram a maior frequência de ocorrência. Na condição perda dentária predominou o uso e necessidade de prótese seguido do edentulismo. Na condição periodontal os dois mais frequentes derivaram do Índice Periodontal Comunitário (CPI) e Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP). Os indicadores de fluorose e de condição oclusal foram provenientes do Índice de Dean e Dental Aesthetic Index (DAI), respectivamente. Os de bem-estar corresponderam a dor dentária e o Geriatric –or General – Oral Health Assessment Index (GOHAI).

Apesar de não estar disposto no Quadro 24 e apresentando uma única ocorrência, os indicadores mobilidade dental e dentição funcional foram identificados nos estudos, como também o índice de cuidados odontológicos.

Os indicadores na dimensão doença e agravos relacionados à cárie, condição periodontal, fluorose, condição oclusal, como também de autopercepção da saúde,

propostos no SBBrasil 2010 coincidem com os indicadores identificados nos estudos (BRASIL, 2011b). Analisando os indicadores mais frequentes nas publicações verifica-se que somente alguns estudos priorizaram indicadores relacionados ao bem estar e autopercepção da saúde. Identificando que o aspecto normativo do diagnóstico da condição em saúde bucal prevaleceu sobre o subjetivo nos estudos analisados.

A partir dos inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença (VIACAVA, 2002).

Viacava (2002) menciona que em 1992, a OMS analisou os resultados de 20 inquéritos e identificou que os indicadores mais frequentemente utilizados são: a auto-avaliação do estado de saúde, o número de dias de restrição temporária por motivo de saúde e a porcentagem de pessoas com diferentes graus de incapacidade de longa duração.

7.1.3.2.1 Indicadores de Condição de Saúde Bucal quanto à Forma de Cálculo

No Quadro 25 pode ser visualizado a forma de cálculo dos indicadores derivados dos índices CPO-D/ceo-d e/ou os seus componentes identificados nos estudos em diferentes faixas etárias e ou grupos populacionais. Foram identificados estudos que não apresentaram a forma de cálculo para os referidos indicadores.

Em concordância com o último levantamento Nacional em Saúde Bucal –SBBrasil 2010, os estudos utilizaram para avaliar a condição dentária os índices preconizados pela OMS (WHO, 1997), o CPO-D médio para a dentição permanente e o ceo-d para a dentição decídua (BRASIL, 2011b).

Antunes et al (2013) descrevem que o índice CPO-D, primeiramente aplicado por Klein e Palmer em 1937, tem sido largamente utilizado nos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Este índice mede a experiência de cárie nos dentes, o valor do índice expressa o número de dentes atacados pela cárie resultante do somatório do registro do número de dentes cariados, perdidos e obturados (ANTUNES et al, 2013).

Quadro 25 - Indicadores derivados do CPO-D/ceo-d e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: Média do Índice CPO-D e proporção dos componentes em relação ao CPO total	
• CPO-D individual: Soma do número de dentes permanentes cariados, extraídos (perdidos) e restaurados (obturados) por indivíduo. • Média do CPO-D (para um grupo de indivíduos) Soma do CPOD de todos os indivíduos examinados dividida pelo número de pessoas examinadas. • Percentual dos componentes do CPO-D Quocientes das médias dos elementos cariados, perdidos e obturados em relação à média total do índice. • Não apresenta O cálculo do indicador foi baseado nos critérios recomendados pela: ✓ OMS de acordo com a 4ª edição do Oral Health Surveys - basic methods de 1997. ✓ OMS, adaptados pela FSP/USP e pelo Projeto SB Brasil. ✓ OMS (1997), adaptados pela FSP/USP (USP, 1999).	
INDICADOR: Média do Índice ceo-d e proporção dos componentes em relação ao ceo total	
• ceo-d individual: Soma do número de dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados por indivíduo. • Média do ceo-d (para um grupo de indivíduos) Soma do CPOD de todos os indivíduos examinados pelo número de pessoas examinadas. • Percentual dos componentes do ceo-d Quocientes das médias dos elementos cariados, extração indicada e obturados em relação à média total do índice. O cálculo do indicador foi baseado nos critérios recomendados pela OMS, 1997	
INDICADOR: Índice ceod modificado	
• Índice ceod (dentes cariados, perdidos em virtude da cárie e restaurados) modificado pela OMS	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com ceo-d ou CPOD > 1	
Número de indivíduos com Índice ceo-d ou CPO-D maior que 1 dividido pelo número total de indivíduos da pesquisa multiplicado por 100 categorizada em: • Baixa prevalência (mais de 20% de livres de cárie); moderada (5-20%) e alta (menos de 5%). O cálculo foi baseado nos critérios recomendados pela OMS (1997)	
INDICADOR: Percentual de indivíduos livres de cárie	
Número de indivíduos livres de cárie com ceod e CPOD = 0 (sem cárie na dentição decídua e permanente) dividido pela população examinada e multiplicado por 100 O cálculo foi baseado segundo critérios recomendados por: • OMS, adaptados pela FSP/USP e pelo Projeto SB Brasil. • OMS em sua quarta versão do Oral Health Surveys – Basic Methods (WHO, 1997). Na Dentadura mista: considera-se as crianças que se apresentam livres de cárie tanto na dentição decídua quanto na permanente, ou seja, ceod + CPOD = 0.	
INDICADOR: Significant Caries Index - SiC Index	
Calculado separando-se do grupo geral um terço dos indivíduos que tenham apresentado os valores mais altos de experiência de cárie. Neste subgrupo, calcula-se a média CPOD, sendo este o valor do SiC (1/3 dos valores mais altos de CPOD).	

Para a dentição decídua o índice similar (ceo-d) corresponde a somatória do número de dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o). Inicialmente, os

dentes temporários perdidos por cárie não eram contabilizados, pois era complexo diferenciar dos dentes esfoliados (GRUEBBEL, 1944 apud ANTUNES et al, 2013).

A OMS, na 4ª edição de um manual publicado em 1997, padronizou os critérios diagnósticos e outras indicações metodológicas para a realização dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (ANTUNES et al, 2013).

Antunes et al (2013) mencionam que cada dente recebe um código e o total do índice CPO-D na dentição permanente se dá pelo somatório dos componentes C - cariados, P - perdidos e O - obturados ou restaurados.

Vários estudos discriminaram a proporção dos componentes em relação ao CPO/ceo total, permitindo, desta forma, identificar a prevalência dos componentes C, P e O (Quadro 25). A discriminação dos componentes ameniza uma das limitações deste índice que é o fato deste atribuir o mesmo peso para diferentes condições, um dente restaurado e um cariado não tratado contribui de modo equivalente para o valor do índice (ANTUNES et al, 2013). Nas metas para 2020, um dos indicadores relacionados a cárie é o percentual do componente C do CPO-D na idade de 12 anos, destacando especial atenção aos grupos de alto risco (HOBDELL, 2003).

O cálculo da proporção dos livres de cárie nos estudos analisados confere com o proposto por Roncalli (2009), porém este autor menciona o acompanhamento deste indicador nas crianças de 5 e 12 anos.

Nos estudos, o índice CPO-D foi avaliado para diferentes idades e faixas etárias como crianças de 6 anos e adolescentes 15 a 18 anos. Considerando a redução do número de pessoas com experiência de cárie, este indicador é muito importante para identificar a efetividade das ações de prevenção e promoção à saúde implementada em todas as faixas etárias.

Outro aspecto importante é que consta também na lista de indicadores preconizadas nas Metas Globais para a saúde bucal estabelecidas para o ano 2020 a proporção de crianças de 6 anos livres de cárie (HOBDELL, 2003).

Sobre o indicador Significant Caries Index - SiC Index encontrado nos estudos, Antunes et al (2013) discutem que o declínio da cárie em crianças foi acompanhado por um processo de polarização da doença nos segmentos de população que usufrui menos dos recursos de promoção da saúde. E ainda, que a desigualdade na

distribuição de cáries resulta uma alta proporção de crianças livres de cárie e um número reduzido delas com experiência mais alta de cárie.

O mencionado indicador é representado pelo valor médio do índice CPO-D calculado para um terço do grupo examinado que apresentou valores mais altos do ataque de cárie, fórmula de cálculo semelhante ao identificado nos estudos analisados (ANTUNES et al, 2013).

Embora não tenha sido um dos mais frequentes e não ter sido apresentado no Quadro 24 é interessante destacar o índice de cuidados odontológicos. Este é calculado pela razão entre o total de dentes restaurados (componente O) pela soma de dentes C, P, e O num determinado grupo de referência (ANTUNES et al, 2013).

A forma de cálculo do índice de cuidados odontológicos integra os componentes do índice CPO-D que para Antunes et al (2013) tem o propósito de produzir uma medida que reflita a capacidade do sistema de saúde responder as demandas por atendimento odontológico associada à cárie. Para o mencionado autor, este pode ser empregado para avaliar a efetividade dos programas de atendimento odontológico e deve ser utilizado como medida de dados agregados e não individual, refletindo assim, a capacidade de atender as demandas de tratamento de restauração dentária.

A forma de cálculo dos dois indicadores mais frequentes de perda dentária: uso e/ou necessidade de prótese e edentulismo estão dispostos nos Quadros 26 e 27. Emergiram dos estudos indicadores de uso e/ou necessidade de prótese com diferentes formas de cálculo. Dentre eles foram encontrados aqueles que avaliaram o uso e/ou necessidade de prótese por tipo de prótese, por maxilar (superior ou inferior), ou o percentual de pessoas que usam e/ou com necessidade ou não de próteses.

Roncalli, Barbato e Resende (2013) discutem que perda dentária representa um agravo à saúde por ser um evento com proporções epidêmicas não só no Brasil e que necessita de políticas públicas específicas.

Há várias maneiras de avaliar a perda dentária. Uma delas é obtida pelo uso ou necessidade de prótese. Para Roncalli, Barbato e Resende (2013) a primeira avaliação do uso e necessidade de prótese total aconteceu no levantamento

nacional em 1986. Segundo os autores, neste levantamento verificou-se o edentulismo (perda total dos dentes) tratado e não tratado. Estes autores descreveram ainda que a informação sobre o uso e necessidade de prótese no mencionado levantamento referiu-se aos indivíduos que são endêntulos em um dos arcos ou em ambos e que receberam tratamento.

Quadro 26 - Indicadores de uso e/ou necessidade de prótese e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013. (continua)

FORMA DE CÁLCULO	
Uso e necessidade de prótese dentária	
INDICADOR: Número de indivíduos segundo necessidade de prótese	
Número de indivíduos segundo necessidade de prótese superior ou inferior (avaliados a partir da presença de espaços protéticos segundo critérios da OMS) e categorizado em:	
• Não necessita; ou necessita de prótese superior ou inferior (prótese unitária ou parcial; ou prótese total).	
Número de indivíduos com necessidade de próteses dentária dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não. • Não necessita de prótese; ou necessita de algum tipo de prótese.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo necessidade de próteses dentária por arco	
Número de indivíduos com necessidade de próteses dentárias por arco (superior ou inferior) dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicados por 100	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo o tipo de prótese dentária necessária	
Número de indivíduos com necessidade de próteses dentária segundo o tipo de prótese dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicados por 100 categorizado em:	
• Prótese total removível, ou prótese parcial removível ou prótese fixa. • Não necessita; ou necessita de prótese superior ou inferior (prótese unitária ou parcial; ou prótese total).	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com uso ou necessidade de prótese segundo situação da maxila e da mandíbula	
Número de pessoas pesquisadas que utilizam ou necessitam de prótese dentária, segundo situação da maxila ou mandíbula, dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100	
INDICADOR: Porcentagem de pessoas segundo faixa etária que necessitam de prótese total	
Número de pessoas pesquisadas na faixa etária 35 a 44 anos que necessitam de prótese total dividido pelo número de entrevistados na mesma faixa etária multiplicado por 100	
INDICADOR: Percentual de pessoas que utilizam prótese removível	
Número de pessoas pesquisadas que utilizam prótese removível (adaptação dos critérios levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado no Brasil em 1986) dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Não usa, ou usa parcial, ou usa total.	
Número de indivíduos de 15 a 19 e 35 a 44 anos de idade que usam prótese dentária (segundo proposta pela OMS, utilizada no SB Brasil) dividido pelo número de entrevistados.	
INDICADOR: Percentual de pessoas que usam prótese	
Número de pessoas pesquisadas que utilizam prótese (presença de espaços protéticos segundo OMS) dividida pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Não usa; ou usa em 1 arcada; ou usa em 2 arcadas. • Superior ou inferior. • Sim ou não. • Dentados (não usa; ou usa fixa ou removível); ou edentados (usa o par; ou usa uma; ou não usa).	

FORMA DE CÁLCULO	
• Uso de próteses total, ou fixa ou removível. Número de indivíduos que usam prótese parcial dividido pelo número de entrevistados e multiplicado por 100 categorizado em: • Presente ou ausente	
INDICADOR: Percentual de pessoas segundo o tipo de prótese utilizada	
Número de pessoas pesquisadas segundo tipo de prótese utilizada dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: • Prótese dentária total removível (dentadura) registrados para o arco dentário superior e inferior (segundo OMS) • Prótese total; ou Prótese Parcial Removível; ou prótese fixa; ou não usam • Prótese (total, ou fixa ou removível) • Não usa; ou usa prótese unitária ou parcial; ou usa prótese total (segundo OMS) • Superior ou inferior	
INDICADOR: Percentual de pessoas segundo o uso e necessidade de prótese	
Número de pessoas pesquisadas que utilizam ou necessitam de prótese dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: • Prótese parcial removível ou prótese fixa. • Uso de prótese total superior e/ou inferior. Número de pessoas pesquisadas que utilizam ou necessitam de prótese (conforme critérios modificados de Colussi et al) dividido pelo número de entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: • Ausência total de dentes em um arco sem a presença de prótese; ou ausência dental de um ou mais elementos; ou presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção); ou presença de próteses satisfatórias ou presença de todos os dentes sem a necessidade de prótese.	
INDICADOR: Percentual de pessoas que utilizam prótese removível (total ou parcial)	
Número de pessoas que utilizam prótese removível (total ou parcial) pela definição utilizada no projeto SB 2000 dividido pelo número de entrevistados e multiplicado por 100 categorizado em: • Prótese parcial removível ou prótese total removível	

Roncalli, Barbato e Resende (2013) apresentam que a partir de 2003 a pesquisa nacional de saúde bucal passou a levantar informações de uso e necessidades de prótese, não somente total, mas incluindo outros tipos de próteses parciais. Estes autores mencionam ainda que em 2010, no SBBrasil, acrescentou-se nas informações obtidas, a necessidade de substituir ou não as próteses identificadas, verificando desta forma, segundo critérios definidos, a qualidade das próteses.

Nas metas da OMS para 2020 os indicadores relacionados à perdas dentárias incluem: número em percentual de edêntulos na faixa etária de 35-44 e 65-74 anos; percentual de dentes naturais presentes nas idades de 18, 35-44 e 65-74 anos; e percentual de indivíduos com dentição funcional (21 ou mais dentes) na faixa etária de 35-44 e 65-74 anos (HOBDELL, 2003).

Quadro 27 - Indicadores de edentulismo e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Edentulismo	
INDICADOR: Percentual de indivíduos edêntulos	
Número de indivíduos edêntulos dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100 categorizados em:	
• Sim ou não	
Número de indivíduos edêntulos (baseado no CPOD) dividido pelo número de indivíduos examinados	
INDICADOR: Percentual de indivíduos edêntulos totais	
Número de indivíduos edêntulos totais dividido pelo número de indivíduos examinados (segundo OMS) multiplicado por 100.	
INDICADOR: Taxa edentulismo	
Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de Edentulismo anterior	
Número de indivíduos edêntulos anterior dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100 categorizados em:	
• 0 = não, 1 = sim	

Foram identificados estudos que calcularam o percentual de edêntulo a partir do CPO-D. Roncalli, Barbato e Resende (2013) mencionam que há várias maneiras de avaliar a perda dental, uma delas é pelo componente P do CPO-D, entretanto este tem uma limitação pelo fato de que a medida expressa o número de dentes extraídos devido à cárie e para obter o total de dentes perdidos deve-se acrescentar o número de perdidos por outras razões.

Outros dois modos de medir a perda dental, segundo os referidos autores, é por meio do CPI e pelo estudo do suporte oclusal posterior. No primeiro registra-se o código de “sextante excluído” o qual corresponde à ausência de dentes no sextante ou a presença de apenas um dente funcional. No segundo classifica-se o arco dental conforme a variação do número de dentes posteriores presentes. Estes mesmos autores descrevem que em consequência das perdas dentárias a arcada pode ser parcialmente ou completamente edêntula (ausência de todos os dentes). Um dos estudos analisados verificou o edentulismo anterior.

Os indicadores derivados do CPI e PIP podem ser visualizados no Quadro 28.

Os indicadores derivados do CPI avaliaram condições relativas ao percentual de sangramento, cálculo e bolsa periodontal (rasa ou profunda) e registrado,

predominantemente, como presente ou ausente e o percentual de indivíduos com perda de inserção periodontal segundo PIP (Quadro 28).

Quadro 28 - Indicadores de condição periodontal baseados no CPI e PIP e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FÓRMULA DE CÁLCULO	
CPI	
INDICADOR: Percentual de indivíduos e média de sextante segundo condição periodontal medida pelo Índice periodontal comunitário (CPI) e seus componentes	
Cálculo do CPI: Cada sextante da boca é examinado pelos dentes índices 17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, e 37, que recebe uma classificação conforme a pior condição periodontal. Um sextante é examinado quando há dois ou mais dentes presentes (desde que não indicados para exodontia). Na ausência dos dentes índices em um sextante, todos os dentes remanescentes no sextante são examinados e o índice mais alto registrado. Os sextantes são categorizados em: • Saudável (CPI=0); ou sangramento gengival à sondagem (CPI=1); ou cálculo dentário (CPI=2); ou bolsa periodontal de 3,5 a 5,5 mm (CPI=3); ou bolsa periodontal profunda com mais de 5,5 mm (CPI=4) ou excluído, por ter menos de dois dentes em condições de exame, ou todos os dentes extraídos (CPI=X). Baseado nos critérios: • OMS. • OMS e adaptados pela FSP, USP (FSP-USP).	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo condição periodontal medida pelo Índice periodontal Comunitário (CPI)	
Número de indivíduos segundo condição periodontal medida pelo CPI dividido pelo número de indivíduos examinados.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo condição periodontal (sangramento) medido pelo CPI	
Número de indivíduos que apresentaram ao menos um sextante com sangramento (CPI=1) dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo condição periodontal (cálculo) medido pelo CPI	
Número de indivíduos que apresentaram ao menos um sextante com cálculo (CPI=2) dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo condição periodontal (bolsa periodontal) medido pelo CPI	
Número de indivíduos que apresentaram ao menos um sextante com bolsa periodontal (CPI=3 ou 4) dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de bolsa periodontal rasa e profunda medido pelo CPI	
Número de indivíduos com bolsa periodontal rasa e profunda dividido pelo número de indivíduos examinados e multiplicado por 100. Categorizado em: • Presente, ou ausente.	
INDICADOR: Percentual de idosos com condição periodontal sadia	
Número de idosos com condição periodontal sadia (CPI=0) dividido pelo número de idosos examinados e multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo o maior grau de condição periodontal observado	
Número de Indivíduos examinados com o maior grau de condição periodontal observado dividido pelo número de indivíduos examinados e multiplicado por 100.	
INDICADOR: Razão entre o número de dentes presentes afetados com sangramento pelo número de dentes examinados segundo critérios da OMS	
Número de dentes examinados que apresentaram sangramento dividido pelo número total de dentes examinados por indivíduo segundo OMS categorizado em:	

FÓRMULA DE CÁLCULO	
Ausente ou presente	
INDICADOR: Proporção de dentes com sangramento gengival entre os presentes	
Número de dentes com sangramento por indivíduo dividido pelo número de dentes examinados e multiplicado por 100.	
INDICADOR: Razão entre o número de dentes presentes afetados com cálculo pelo número de dentes examinados segundo critérios da OMS	
Número de dentes examinados que apresentaram cálculo dividido pelo número total de dentes examinados por indivíduo categorizado em:	
Ausente ou presente	
INDICADOR: Razão entre o número de dentes presentes afetados com bolsa periodontal pelo número de dentes examinados segundo critérios da OMS	
Número de dentes examinados que apresentaram bolsa periodontal dividido pelo número total de dentes examinados por indivíduo categorizado em:	
Ausente ou presente	
A bolsa periodontal foi classificada como superficial (< 5 mm) ou profunda (> 6 mm).	
PIP	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com perda de inserção periodontal segundo PIP	
Número de indivíduos conforme a perda de inserção em cada situação do sextante dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicados por 100 categorizados em:	
PI 0-3mm; ou PI 4-5mm; ou PI 6-8mm; ou PI 9-11mm; ou PI ≥ 12mm; ou sextante nulo	
Baseado nos critérios:	
- OMS (1997). - OMS e adaptados pela FSP-USP.	
INDICADOR: Percentual de sextante segundo perda de inserção periodontal	
Número de sextantes conforme perda de inserção (OMS) em cada situação do sextante dividido pelo número de sextantes examinados multiplicados por 100 categorizados em:	
PI 0-3mm; ou PI 4-5mm; ou PI 6-8mm; ou PI 9-11mm; ou PI ≥ 12mm; ou sextante nulo	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo perda de inserção periodontal	
Número de indivíduos com perda de inserção periodontal dividido pelo número de indivíduos examinados e multiplicado por 100 categorizado em:	
- Ausência; ou presença; ou todos os sextantes excluídos. - Ausente ou presente. 0 e 3mm, ou perdas entre 4 e 5mm ou perdas maiores que 6mm.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo perda de inserção (mm)	
Número de indivíduos com perda de inserção (mm) dividido pelo número de indivíduos examinados e multiplicado por 100 categorizado em:	
0 e 3mm, ou perdas entre 4 e 5mm ou perdas maiores que 6mm.	

A condição periodontal foi aferida no SBBrasil 2010 com o índice CPI, complementado pelo índice PIP para população adulta e idosa (BRASIL, 2011b). Neste levantamento, o modo de aferição do índice CPI foi modificado no sentido de obter a prevalência individualizada dos agravos (sangramento, cálculo e bolsa), porque o CPI tradicional, ao referir apenas o pior escore do sextante, tende a mascarar a real prevalência desses agravos (BRASIL, 2011b).

Na maioria dos estudos, a forma de cálculo dos indicadores - percentual de indivíduos e média de sextante segundo condição periodontal - medida pelo CPI e seus componentes, como também o PIP, baseou-se no recomendado pela OMS, concordando com o proposto no SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011b).

As metas de 2020 da OMS incluem os seguintes indicadores para a doença periodontal: percentual do número de dentes perdidos devido à doença periodontal nas idades de 18 anos, 35-44 anos e 65-74 anos, com especial referência aos fumantes, péssima higiene oral, estresse e doenças sistêmicas; percentual de doença periodontal necrosante; percentual ou prevalência da infecção periodontal ativa (com ou sem perda de inserção) em todas as idades; proporção das pessoas, em todas as idades, com periodonto e estrutura de suporte saudáveis (HOBDELL, 2003).

Foram identificados nos estudos indicadores relacionados ao percentual do número de dentes perdidos devido à doença periodontal e proporção de periodonto saudável, em diferentes faixas etárias, como preconizados nas metas de 2020 para avaliar a condição periodontal.

No Quadro 29 podem ser visualizadas as formas de cálculo dos indicadores derivados do índice de Dean.

Os seguintes índices para avaliar a fluorose foram identificados nos estudos: o Índice de Dean e o Índice Thylstrup e Fejerskov (TF), porém, o primeiro foi o mais frequente, concordando com o preconizado pela OMS e utilizado no levantamento de saúde bucal SBBrasil 2010 (BRASIL, 2009b).

O manual do SBBrasil 2010 informa que:

Dean, em 1934 desenvolveu a primeira classificação de fluorose dentária sendo mais tarde modificada por ele. A classificação conhecida como Índice de Dean tem sido utilizada por muitos anos para descrever a fluorose o que permite a comparação com um volume maior de estudo. Desse modo, neste projeto, para registro da ocorrência de fluorose, e seguindo as recomendações da OMS, sugere-se a utilização deste índice, com o exame dos dois dentes mais afetados e um escore a ser registrado (BRASIL, 2009b, p. 36).

Quadro 29 - Indicadores de fluorose derivado do Índice de Dean e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Fluorose	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo severidade (gravidade) de fluorose	
Número de indivíduos segundo grau de fluorose (baseado no índice de Dean) dividido pelo número de pessoas examinadas e multiplicado por 100, categorizada em: • Normal; ou questionável; ou muito leve; ou leve; ou moderada; ou severa (ou grave). • Grau: zero (normal) de fluorose, ou 1 (questionável), ou 2 (muito leve); ou 3 (leve); ou 4 (moderado); ou 5 (severo) • Moderada/severa (graus 4 e 5), ou os que não apresentavam tal condição (graus 0, 1, 2 e 3). • Sem fluorose; ou normal; ou questionável; ou com fluorose (muito; ou Leve; ou moderada; ou severa; ou excluída). Para a avaliação da condição individual foram considerados apenas os dois dentes mais afetados (o valor do dente menos afetado é registrado). Baseado nos critérios: • Recomendado pela OMS; • Manual do Examinador - Projeto SB2000; • OMS conforme a 4ª edição do Oral Health Surveys - basic methods de 1997.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo prevalência de fluorose	
Número de indivíduos segundo a presença de fluorose (dividido pelo número de indivíduos examinados multiplicado por 100 categorizada em: • Indivíduos “sem fluorose” (graus 0 e 1); ou os que apresentavam a condição (graus 2, 3, 4 e 5), segundo o Ministério da Saúde. • Ausência de fluorose os graus normal e questionável, sendo os demais graus representantes da presença de fluorose. • Ausente (normal) ou presente (algum grau). • Percentual de crianças que apresentaram fluorose dentária do grau 2 (muito leve) ao 5 (severo)	

No manual do SB Brasil 2010, os critérios e valores para a classificação de dentes fluoróticos de acordo com o Índice de Dean foi: normal, questionável, muito leve, leve, moderada, grave e sem informação. O que concorda com o resultado na classificação da fluorose adotada em alguns estudos.

Moyses e Moyses (2013) discorrem que a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil expandiu-se nos anos de 1980 e em 2006 beneficiava cerca de 100 milhões de pessoas e que a incorporação de fluoretos nos dentífricos foi introduzida no país em 1980.

Esses autores mencionam ainda que a maioria dos estudos aponta para a ocorrência de fluorose muito leve ou leve, contudo, deve ser instituída uma prática de saúde pública, voltada para o controle excessivo de flúor para evitar a fluorose, para minimizar esta situação, principalmente a forma moderada e severa (MOYSES; MOYSES, 2013).

A preocupação em desenvolver estudos avaliando a taxa de fluorose no país é explicada por Moyses, Moyses (2013) que mencionam:

Concomitantemente à comprovada tendência de declínio da cárie como efeito do uso intensivo de flúor uma tendência inversa de aumento das taxas de fluorose dentária tem sido relatada nos últimos anos (MOYSES; MOYSES, 2013, p. 178).

Moyeses, Moyses (2013) discutem ainda que:

Recomendar formas adequadas de uso de fluoretos ou avaliar a prevalência da fluorose per se em área de ocorrência natural do flúor na água, ou em sujeitos submetidos à concentrações diferentes de fluoretos adicionado na água de abastecimento público tem sido historicamente um objetivo frequente de pesquisa (MOYSES; MOYSES, 2013, p. 178).

Os indicadores de condição oclusal derivados do Índice DAI e suas formas de cálculo podem ser visualizados no Quadro 30.

Quadro 30 - Indicadores de condição oclusal derivados do Índice DAI e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Condição oclusal	
INDICADOR: Percentual da condição da oclusão dentária analisada pelo Índice de DAI	
O DAI considera dez critérios com os pesos específicos e o resultado é a soma dos escores de cada característica e adicionada uma constante igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das oclusopatias categorizado em: • Normal, ou definida, ou grave ou muito grave. • Normal, ou leve ou moderada, ou severa. • Oclusão normal, ou má oclusão com necessidade de tratamento eletivo, ou má oclusão severa com tratamento altamente desejável; ou altamente grave ou maloclusão incapacitante. • Normal ou com oclusopatia, severidade e necessidade de tratamento • Oclusão normal, ou maloclusão leve, ou maloclusão moderada/severa • Ausente ou leve, ou definida, ou severa, ou muito severa ou incapacitante Condições ou critérios avaliados: Ausência de dentes anteriores, apinhamento e espaçamento nos segmentos incisais, diastema, irregularidade maxilar e mandibular nos dentes anteriores, sobressaliência ou overjet maxilar e mandibular, mordida aberta vertical anterior, e relação molar antero-posterior Baseado nos critérios: • OMS • SBBRASIL • OMS (1997)	

Em 1997, a OMS preconizou o uso do DAI que atualmente continua sendo utilizado, para avaliar as oclusopatias e deve ser utilizado quando não há dentição mista, normalmente a partir dos 12 anos de idade (WHO, 1997). Este índice expressa o

estado oclusal do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento ortodôntico (BRASIL, 2011b).

Atribuindo escores a problemas oclusais específicos e multiplicados por um escore, o índice individual é determinado pelo somatório das multiplicações mais uma constante igual a 13, onde o resultado define o grau de severidade do problema estético dental (PERES; FRAZÃO; TOMITA, 2013).

As características da oclusão avaliadas no índice DAI são: ausência de dentes, apinhamento, espaçamento, diastema, a maior irregularidade maxilar e mandibular anterior, overjet maxilar anterior e mandibular anterior, mordida aberta vertical anterior e relação molar antero-posterior (NADANOVSKY; COSTA, 2005).

A forma de cálculo do DAI e as condições analisadas na oclusão apresentadas nos estudos são semelhantes com a descrita pela OMS (Quadro 30).

As formas de cálculo dos indicadores de dor dental estão dispostas no Quadro 31. Esses indicadores não foram observados nos estudos analisados, com exceção do indicador - percentual de indivíduos com episódios de dor de origem oral.

Quadro 31 - Indicadores de dor dental e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FÓRMULA DE CÁLCULO	
Dor dental	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor dental nos últimos 3 meses	
Número de indivíduos segundo relato de dor dental nos últimos 3 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor dental	
Número de indivíduos segundo relato de dor dental dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não • Não (escore 0), ou sim (escore 1).	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo intensidade da dor dental nos últimos 3 meses	
Número de indivíduos segundo intensidade da dor dental dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• “Nenhuma ou baixa intensidade” (escores 0 e 1), ou “média ou alta intensidade” (escores 2 a 4). Conforme: • Escala de Likert* • Escala de 1 a 10.	
*Escala do tipo Likert apresenta 5 possibilidades de resposta: “não dói nada”, “só um pouquinho”, “mais ou menos”, “muito” e “demais”.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo intensidade da dor orofacial nos últimos seis meses	
Número de indivíduos segundo intensidade da dor dental dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	

FÓRMULA DE CÁLCULO	
• Leve ou moderada.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo intensidade da dor orofacial nos últimos 4 meses	
Número de indivíduos segundo intensidade da dor dental nos últimos 4 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo motivo da dor dental nas ultimas 4 semanas (ou último mês)	
Número de indivíduos segundo motivo da dor dental 4 semanas (ou último mês) dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor nos dentes e gengivas nos últimos 6 meses	
Número de indivíduos segundo relato de dor nos dentes e gengivas nos últimos 6 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não.	
• Espontânea ou provocada.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com ou sem dor orofacial nos últimos 6 meses	
Número de indivíduos com ou sem dor orofacial nos últimos 6 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor nos dentes nos últimos 6 meses	
Número de indivíduos segundo relato de dor nos dentes nos últimos 6 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor nos dentes e gengivas nos últimos 3 meses	
Número de indivíduos segundo relato de dor nos dentes e gengivas nos últimos 3 meses dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100	
• Ausente (nenhuma dor) ou presente (alguma dor).	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato de dor dental nos últimos meses	
Número de indivíduos segundo relato de dor dental até doze meses antes do estudo dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Relato de dor; ou não relatou dor.	

Nadanovsky e Costa (2005) discorrem sobre os indicadores relacionados ao bem estar utilizados nas pesquisas:

Nas pesquisas odontológicas há indicadores de saúde bucal que mensuram aspectos relacionados a função bucal (por exemplo: mastigação e estética), dor/desconforto, bem-estar psicológico e social relacionados à saúde bucal (NADANOVSKY; COSTA, 2005, p.155).

Dentre os indicadores obtidos a partir de informações dos usuários, por meio de questionário ou perguntas, isto é, não necessitando de exame clínico Nadanovsky e Costa (2005) citam: dor de dente, Item Global da Saúde e instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal como o GOHAI e Dental Impact in Daily Living (DIDL).

Em relação a dor de dente Nadanovsky e Costa, (2005) discutem sobre a pouca utilização deste indicador nas pesquisas:

A dor de dente parece ser o problema de saúde bucal de maior impacto sobre o bem-estar. No entanto, estranhamente, tem sido pouco utilizada como indicador de saúde bucal. Geralmente a dor de dente é consequência da cárie na dentina e de infecção/inflamação pulpar devido à cárie. Com frequência é também consequência de sensibilidade de colo, quando a raiz do dente está exposta ao calor, frio e outros estímulos na cavidade bucal. No entanto, muitas vezes essas condições clínicas não levam a dor de dente. Por isso, a dor de dente não deve ser encarada simplesmente como um indicador substituto dessas condições clínicas (NADANOVSKY; COSTA, 2005, p.156).

Para Nadanovsky e Costa (2005) apesar da dor ser subjetiva, pois sua mensuração é pelo relato da própria pessoa, essa pode ser utilizada de forma confiável.

A necessidade referida de tratamento ou de prótese ou morbidade dentária foram identificadas nos estudos (Quadro 32).

Quadro 32 - Indicadores de necessidade/morbidade referida e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Necessidade/morbidade referida	
INDICADOR: Percepção da necessidade de tratamento odontológico	
Número de indivíduos segundo a percepção da necessidade de tratamento odontológico dividido pelo número de pessoas entrevistadas multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim; ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo necessidade declarada de prótese	
Número de indivíduos segundo necessidade declarada de prótese dividido pelo número de pessoas entrevistadas multiplicado por 100 categorizado em:	
• Prótese removível ou prótese total.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo relato da necessidade de substituição da prótese dentária	
Número de indivíduos segundo relato da necessidade de substituição da prótese dentária dividido pelo número de pessoas entrevistadas multiplicado por 100 categorizado em:	
• Sim; ou não.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo necessidade de atendimento odontológico	
Número de indivíduos segundo necessidade de atendimento odontológico (autodeclarado) dividido pelo número de pessoas entrevistadas multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo morbidade dentária autorreferida	
Número de pessoas que autorreferiram necessidade de tratamento dentário atualmente dividido pelo número de pessoas entrevistadas e multiplicado por 100.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tipo de morbidade dentária autorreferida	
Número de indivíduos segundo tipo de morbidade declarada dividido pelo número de pessoas entrevistadas e multiplicado por 100, categorizada em:	
• Problemas bucais, ou doença periodontal, ou alterações bucais, ou relato de prótese mal adaptada, ou problemas na Articulação Temporo Mandibular (ATM).	

No SBBRASIL 2010 foram utilizadas questões autorreferidas relativas à morbidade bucal, entre elas: necessidade de tratamento dentário (sim ou não), dor de dente nos últimos 6 meses, grau de dor (escala que varia de 1 - muito pouca a 10 - muito forte) (BRASIL, 2011b). Estes indicadores foram identificados nos estudos analisados.

O GOHAI, um dos instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal, foi utilizado nos estudos (Quadro 33).

Cascaes, Leão e Locker (2013) confirmam a forma de cálculo do GOHAI conforme identificado nos estudos, constituindo-se em 12 itens avaliando três dimensões: limitação física/funcional (incluindo alimentação, fala e deglutição); b) impactos psicossocial/psicológico (compreendendo preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos) e c) dor/desconforto (considerando o uso de medicamentos para aliviar essas sensações, desde que provenientes da boca).

Quadro 33 – Indicador GOHAI e sua forma de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO
INDICADOR: Índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) O GOHAI consiste de 12 perguntas sobre problemas bucais que avaliam três dimensões: 1) física 2) psicossocial 3) dor/desconforto As três respostas possíveis para cada pergunta e seus respectivos escores são: 1- “sempre” 2- “às vezes” 3- “nunca”. Porém, com exceção das questões 3, 5 e 7, os valores foram invertidos para manter a atribuição de valores mais elevados para condições positivas em todas as questões. Cálculo: Resultado da soma total dos escores de cada questão. O valor do índice para cada indivíduo varia de 12 a 36. Quanto mais alto for o valor do índice, melhor é classificada a saúde bucal do indivíduo e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida autopercebida relacionada à saúde bucal. A autopercepção do indivíduo pode ser classificada em: • “Ótima” (34 a 36 pontos), ou “regular” (30 até 33 pontos); ou “ruim” (< 30 pontos). • Alta (34-36 pontos), ou moderada (31-33 pontos); ou baixa (≤ 30 pontos).

O GOHAI inicialmente preconizado para ser utilizado com idosos tem demonstrado validade para ser empregado com adultos mais jovens (NADANOVSKY; COSTA, 2005), como constatado nos estudos avaliados.

O indicador item Global de saúde é obtido por meio de um pergunta, a categorização dos resultados obtidos pode ser verificada no Quadro 34.

Quadro 34 – Indicador Item global de saúde/bem estar e sua forma de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO
INDICADOR: Item global de saúde
Avaliação da saúde categorizada em: • Excelente; ou muito boa; ou boa; ou razoável; ou ruim. • Ótima/Boa; ou regular; ou péssima/ruim. • Muito boa/ boa; ou regular/ ruim/ péssima. • Boa; ou regular; ou péssima.

Nadanovsky e Costa (2005) descrevem que o Item global da saúde bucal consiste de uma única pergunta sobre o estado de saúde e estes autores apresentam duas formas de categorização das respostas. A primeira em muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim e a segunda em muito ruim, ruim, nem ruim e nem bom, bom, muito bom. Os estudos também questionaram sobre o estado de saúde bucal e alguns utilizaram a primeira das duas categorias mencionadas (Quadro 34).

6.1.3.2.2 Indicadores de condição quanto aos instrumentos de coleta

Na Figura 10 está disposto o percentual de Indicadores na categoria condição de saúde, segundo instrumento de coleta de dados, nos artigos analisados.

Os indicadores de condição de saúde bucal em sua maioria (59,8%) foram obtidos por meio da observação. Em 28% o instrumento de coleta foi a recuperação de dados de pesquisas ou sistema de informação, em 7,1% e 2,7%, utilizou-se, respectivamente, a entrevista e questionário. Foram identificados em um mesmo estudo (0,2%) indicadores obtidos da observação e outros de recuperação de dados.

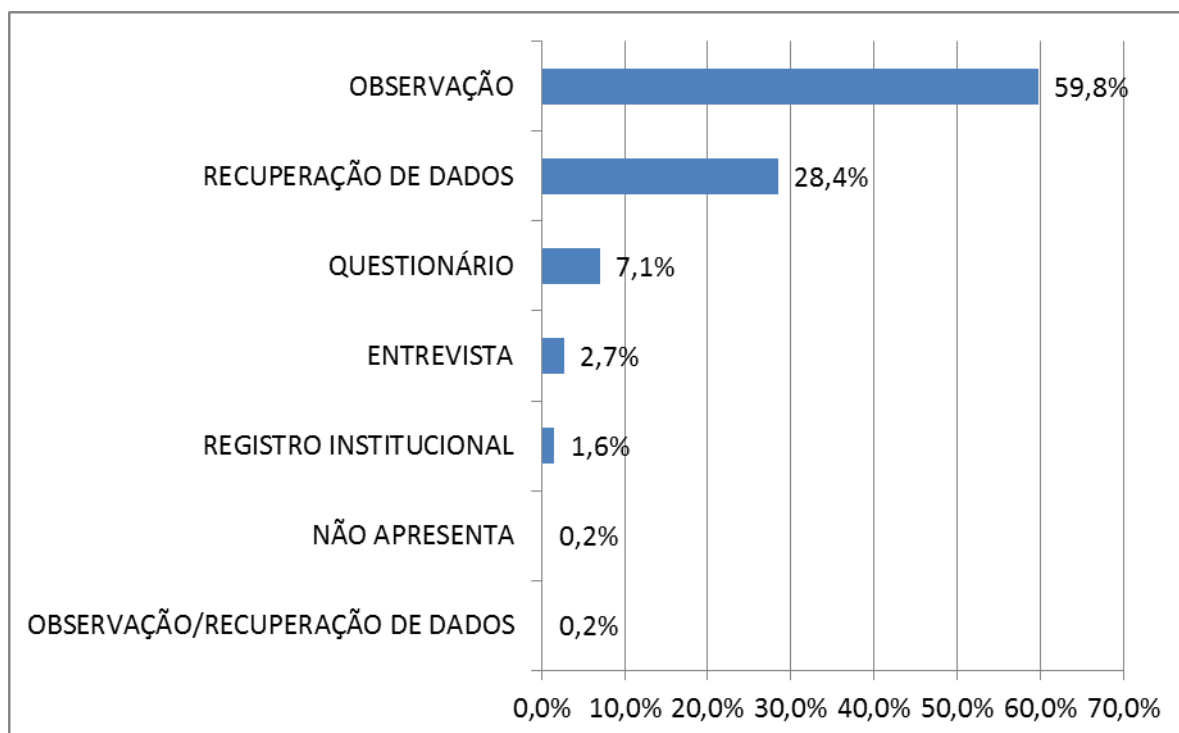


Figura 10 - Percentual de Indicadores na categoria condição de saúde bucal, segundo instrumento de coleta de dados, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Para os indicadores de condição, mais frequentes, foram utilizados a observação (exame clínico) como instrumento de coleta e também estudos que recuperaram os dados de pesquisas anteriores. Os indicadores de percepção de saúde (Item Global de Saúde e necessidade percebida) foram colhidos por meio de entrevista, porém alguns estudos utilizaram a recuperação de dados.

6.1.3.2.3 Indicadores de condição quanto às fontes de informação dos dados

A fonte de informação primária (71,2%) foi predominantemente utilizada para obtenção dos indicadores de condição de saúde bucal seguida da secundária (28,4%). Foi identificado estudos (0,2%) em que alguns indicadores foram obtidos de fonte primária enquanto outros obtidos de fonte secundária (Figura 11).

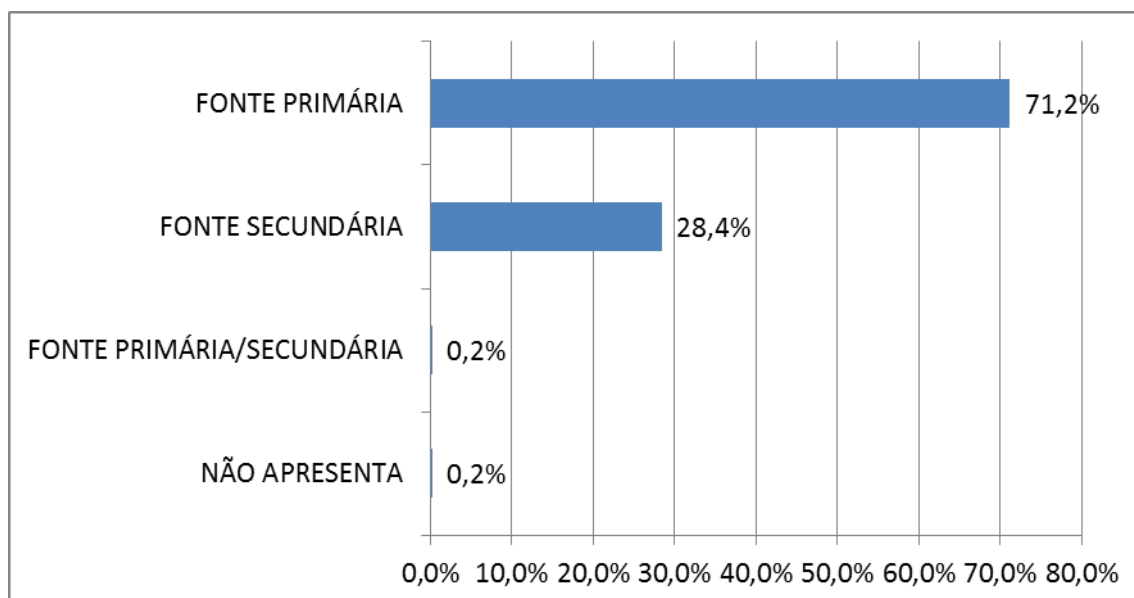


Figura 11 - Percentual de Indicadores na categoria condição de saúde bucal, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

O exame clínico, uma das fontes primárias, foi realizado em diversos ambientes como: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e Faculdade de Odontologia, no domicílio, na escola, na pré-escola, na aldeia indígena e no consultório odontológico. Os indicadores de percepção de saúde (Item Global e necessidade percebida) foram obtidos de fontes primária (inquéritos) e de secundária (acesso de banco de dados de pesquisas realizadas).

Dentre as fontes secundárias, para os indicadores de condição, de maneira geral, buscou-se os dados disponíveis de Levantamentos epidemiológicos locais como o Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo e a Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade, da Universidade Vale do Rio Doce bem como, Levantamentos nacionais como o SBBrasil 2003, entre outros.

6.1.3.2.4 Indicadores de condição quanto aos seus propósitos

Os propósitos dos indicadores derivados do CPO-D e ceo-d estão descritos no Quadro 35.

Quadro 35 – Propósitos dos indicadores derivados do índice CPO-d/ceo-d, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013. (continua)

PROPÓSITO	
INDICADOR: Média do Índice CPOD e percentual de seus componentes	
• Verificar a situação da saúde bucal • Índice de ataque à cárie para dentes permanentes • Verificar a severidade de cárie • Avaliar a presença de cárie (condições de saúde bucal) • Verificar a prevalência de cárie • Verificar o declínio da cárie • Verificar a prevalência ou experiência de cárie • Prevalência e gravidade da cárie. A gravidade foi avaliada pelos componentes: P, C e O. O componente P a severidade • Prevalência da cárie, tendo como referência a escala de severidade da OMS, (prevalência, alta, moderada, baixa) • Prevalência e severidade da cárie • Medir a experiência de cárie dentária na dentição permanente • Experiência anterior de cárie. • Medir a experiência acumulada de cárie (Prevalência e a severidade de cárie) • Avaliar as necessidades odontológicas • Prevalência de cárie não tratada (componente de C diferente de zero nos índices CPOD). • Medir a ocorrência de cárie • Medir a prevalência e severidade de cárie e a necessidade de tratamento. • Verificar a prevalência de cárie e a gravidade (CPO) • Verificar a experiência ou ataque de cárie • Avaliar a experiência de cárie, tendo como referência a escala de severidade da OMS • Avaliar a incidência de cárie • Índice que mede a experiência acumulada de cárie • Avaliar a exposição e a severidade da cárie dentária • Verificar prevalência de cárie dental (CPO-D = 0 e CPO-D > =1) • Não apresenta	
INDICADOR: Média do Índice cedo e percentual dos seus componentes	
• Indicadores de condição de saúde bucal • Verificar a severidade de cárie • Avaliar a presença de cárie (condições de saúde bucal) • Avaliar a prevalência cárie dentaria. • Verificar o declínio da cárie • Avaliar a prevalência e a gravidade do ataque de cárie • Verificar a prevalência ou experiência de cárie • Prevalência da cárie, tendo como referência a escala de severidade da OMS, (prevalência, alta, moderada, baixa) • Mede a experiência de cárie na dentição decídua. A prevalência de cárie foi verificada pelos critérios recomendados pela OMS (1997) • Medir a experiência acumulada de cárie (prevalência e a severidade de cárie) • Avaliar a prevalência e a severidade do ataque de cárie. Determinar a história atual e passada de cárie • Medir a experiência acumulada de cárie Verificar a gravidade da cárie • Verificar a experiência de cárie segundo a escala de severidade da OMS • Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de livres de cárie	
• Indicadores de condição de saúde bucal • Verificar o declínio da cárie • Verificar a prevalência ou experiência de cárie • Percentual sem experiência de cárie	

PROPÓSITO
• Não apresenta
INDICADOR: Significant Caries Index (SiC Index)
• Definir a severidade da cárie no terço do grupo que apresentou maior experiência da doença • Verificar os casos de distribuição assimétrica da cárie dentária • Identificar os indivíduos com maior prevalência de cárie • Classificar um terço da população com a maior prevalência de cárie. • Medir a polarização da cárie dentária entre as crianças (maior concentração de cárie em um grupo da população). • Avaliar a distribuição desigual da cárie dental e cuidado com a saúde bucal • Mostra os cuidados restauradores a que a população-alvo esteve exposta • Atentar para as crianças com mais altos índices de cárie em dada população (Proposto por Bratthall em 2000) • Verificar o grupo com alto índice de cárie • Não apresenta

Quanto ao propósito dos indicadores relacionados ao ceo-d/ CPO-D (média ceo-d/CPO-D e percentual de seus componentes) observou-se que estes foram empregados em sua maioria para avaliar a experiência de cárie. Foram encontrados estudos que utilizaram os referidos indicadores para avaliar a prevalência e severidade da cárie, outros estudos, para avaliar a incidência, gravidade da cárie (Quadro 35). Também foi proposto para verificar a experiência e o declínio da cárie.

Alguns desses achados corroboram com o discutido por Nadanovsky e Costa (2005) no qual mencionam que estes índices medem a experiência acumulada de cárie durante a vida do indivíduo, não a ocorrência presente, mas a soma desta com a passada. Estes autores discutem ainda que, a experiência presente pode ser estimada pelo número de dentes cariados (o componente c do ceo-d ou C do CPO-D). O ceo-d/CPO-D em percentual mede a prevalência, a média, a gravidade e para obter a incidência de cárie pelo CPO-D é preciso acompanhar prospectivamente um grupo populacional (SOUSA; ANTUNES, 2009).

Nadanovsky e Costa (2005) afirmam que:

O índice CPO-D não mede necessidade de tratamento, mesmo que cada componente do índice seja registrado separadamente. Índice CPO-D mede a presença e a extensão dos danos aos dentes que resultam da cárie dentária. Entretanto, é erradamente utilizado como base para averiguar necessidade de tratamento, considerando que cada dente cariado (C) precisa de obturação e que cada dente perdido (P) precisa ser substituído (NADANOVSKY; COSTA, 2005, p. 154).

O SiC Index foi proposto para caracterizar o processo de polarização da experiência de cárie ou desigualdade na distribuição de cáries ou identificar o grupo com maior valor de ataque de cárie corroborando com o mencionado por Antunes et al (2013).

No Quadro 36 podem ser observados os propósitos dos indicadores de uso e/ou necessidade de prótese e edentulismo.

Quadro 36 – Propósitos dos indicadores de uso e/ou necessidade de prótese e edentulismo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO
USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE
• Utilização dos serviços • Verificar a condição de saúde • avaliação das condições orais do paciente • necessidades odontológicas
EDENTULISMO
• Necessidades odontológicas • Indicador de condição de saúde bucal da população

O uso e/ou necessidade de prótese foi proposto para verificar a utilização dos serviços, necessidades odontológicas ou condições orais, porém para Roncalli, Barbato e Resende (2013) este indicador pode ser empregado também para a organização dos serviços e verificar a incapacidade na oferta de serviços preventivos e de promoção de saúde.

Para Roncalli; Barbato e Resende (2013) o indicador necessidade de prótese, um dos indicadores de perda dentária, expressa o estoque da doença que deve ser tratada, importante na organização dos serviços. Estes autores mencionam que a perda dentária reflete a incapacidade de oferta dos serviços (públicos ou privados) com procedimentos preventivos, curativos e promoção de saúde. E ainda que por este indicador pode-se analisar o perfil mutilador dos serviços quando relacionados com os procedimentos restauradores. Para estes autores o edentulismo expressa a desigualdade social.

Os propósitos dos indicadores derivados do índice CPI e PI podem ser visualizados no Quadro 37.

Quadro 37 – Propósitos dos indicadores de condição periodontal baseados no CPI e PIP, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
INDICADOR: Percentual de indivíduos ou média de sextantes segundo condição periodontal medido pelo CPI	
• Avaliar a condição periodontal • Conhecer a condição gengival • Grau de condição periodontal • Avaliar a prevalência da condição periodontal (prevalência de sangramento, cálculo dentário e bolsa) • Avalia a condição periodontal segundo higidez, presença de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais. • Indicador de gengivite e escovação inadequada • Indicador de higiene bucal	
Percentual de perda de inserção médio pelo PIP	
• Avaliação da condição periodontal • Verificar a condição periodontal • Verificar a condição periodontal em relação a destruição acumulada da inserção periodontal	

Segundo o manual instrutivo do SBBrasil 2010 enquanto o CPI permite identificar as condições periodontais quanto a higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa, o PIP permite avaliar a condição de inserção periodontal, permitindo a comparação entre grupos populacionais (BRASIL, 2009b). O propósito dos indicadores derivados do CIP e PIP apresentado nos estudos (Quadro 37) foi o de avaliar as condições periodontais, semelhante ao mencionado no SBBrasil 2010 e por Vettore, Bassani e Lunardelli (2013).

Quadro 38 – Propósitos dos indicadores derivados do Índice de Dean, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo severidade (gravidade) de fluorose medida pelo Índice de Dean	
• Verificar a prevalência e a severidade da fluorose • Determinar a prevalência e o grau de fluorose • Determinar a prevalência e a severidade da fluorose dentária • Severidade da fluorose • Prevalencia de fluorose	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo a prevalência de fluorose medida pelo Índice de Dean	
• Verificar fluorose: percentual e severidade • Avaliar a prevalência e severidade da fluorose dental • Prevalência de fluorose	

Os estudos empregaram o Índice de Dean para avaliar a prevalência e severidade da fluorose (Quadro 38) concordando com o recomendado no manual do SBBrasil 2010 (BRASIL, 2009b). A fluorose é pesquisada no levantamento epidemiológico em virtude da necessidade de acompanhar os efeitos do uso de medidas de saúde pública de amplo impacto, dentre estas medidas encontram-se: fluoretação das águas, o uso de dentifrícios fluoretados, programas preventivos de aplicação de flúor tópico e suas implicações na saúde da população (BRASIL, 2009b).

Quadro 39 – Propósitos dos indicadores de condição oclusal derivados do Índice DAI, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
INDICADOR: Percentual da condição da oclusão dentária analisada pelo Índice de DAI	
• Verificar a maloclusão • Avaliar a oclusão dentária • Verificar a prevalência de oclusopatias, a severidade e necessidade de tratamento ortodôntico. • Identificar a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das oclusopatias • Avaliar a presença de oclusopatias • Expressa o grau de severidade e necessidade de tratamento das oclusopatias • Prevalência de má-oclusal ou verificar a ocorrência de maloclusão • Verificar a prevalência e severidade de oclusopatia • Avaliar e determinar a necessidade de tratamento da má oclusão	

Alguns estudos consideraram o emprego do DAI para avaliar as oclusopatias, porém outros mencionaram com o propósito de determinar a necessidade de tratamento e outro para avaliar a oclusão dentária (Quadro 39). O DAI constitui-se em uma combinação de medidas que expressam o estado oclusal dos indivíduos e consequentemente, a necessidade de tratamento, não apenas os problemas oclusais (BRASIL, 2009b).

No levantamento nacional de saúde bucal em 2010 foram propostos dois índices para avaliar a condição da oclusão dentária conforme a faixa etária. O Índice de Estética Dental (DAI) foi utilizado para avaliação das anormalidades dentofaciais, na idade de 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos, e para dentição decídua utilizou-se o índice de Foster e Hamilton (BRASIL, 2009b). O DAI é uma medida que avalia o estado da oclusão do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento

ortodôntico, pelo fato do índice considerar o comprometimento estético além da oclusão (BRASIL, 2009b).

Quadro 40 – Propósitos dos indicadores de dor de dente e necessidade/morbidade referida, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO
DOR DENTAL
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo a prevalência e intensidade da dor
• Indicador de agravo à saúde bucal • percepção da condição de saúde • Avaliar o agravo: dor nos dentes e gengivas
NECESSIDADE/MORBIDADE REFERIDA
INDICADOR: Percepção da necessidade de tratamento odontológico
Avaliar o acesso
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo morbidade dentária autorreferida
Indicador de agravo à saúde bucal
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tipo de morbidade dentária autorreferida
Avaliar a necessidade de cuidados em saúde

Nos estudos, a proposta dos indicadores dor dental, necessidade percebida e Item Global de Saúde/bem estar foi o de identificar a percepção das necessidades de cuidados em saúde (Quadro 40). Porém, para Goes et al (2013) vários fatores estão associados à dor de dente, tais como: os sociodemográficos, os socioeconômicos, os psicológicos, os étnicos e os culturais, e que os indivíduos com maior desvantagem social apresentam maiores riscos de prevalências de dor. Para estes autores, este pode ser utilizado para avaliar as desigualdades sociais em saúde.

Roncalli (2009) menciona que dois indicadores de morbidade dentária referida que tem sido utilizados em pesquisas recentes e também no levantamento do SBBrasil são: a necessidade de tratamento e a presença de dor de dentes.

Os propósitos do GOHAI apresentados nos estudos foram definidos semelhante ao descrito por Cascaes, Leão e Locker (2013) no qual este é utilizado para avaliar as limitações funcionais bucais relatadas pelos pacientes (Quadro 41).

Para Nadanosky e Costa (2005) o indicador item global de saúde é o resultado de um questionamento de como o indivíduo avalia a sua saúde e este é útil nos estudos longitudinais para observar as mudanças na saúde bucal.

Quadro 41 – Propósito dos indicadores GOHAI e Item global de saúde, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
ÍNDICE GERIATRIC ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI)	
• Estudo do impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das pessoas idosas e utilizado em outros segmentos de população adulta para avaliar a saúde oral. Análise de informações proporcionadas pelos próprios indivíduos quanto à influência de seus problemas de saúde bucal • Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos • Avaliar, a qualidade de vida dos idosos em relação a sua saúde bucal. • Visa complementar as medidas clínicas, prestando especial atenção aos problemas relacionados às necessidades fisiológicas, físicas e psicológicas	
ITEM GLOBAL DE SAÚDE	
INDICADOR: Item global de saúde/Bem estar	
• Avaliar a necessidade de cuidados em saúde	

7.1.3.3 Indicadores Socioeconômicos

Os indicadores socioeconômicos foram agrupados nas dimensões: escolaridade, alfabetização, renda, desenvolvimento humano, saneamento, aglomeração domiciliar, desigualdade social, sistema de saúde, mercado de trabalho, situação escolar, tipo de moradia, desenvolvimento infantil, nível econômico, ocupação, entre outros.

Nos 221 artigos analisados contendo indicadores socioeconômicos foram identificadas 25 dimensões (Tabela 5) e totalizando 250 ocorrências de indicadores nesta categoria. Em um mesmo artigo foram identificados mais de um indicador nas dimensões propostas.

Em um mesmo artigo foi identificado mais de um tipo de indicador em uma subdimensão, por isso, o resultado apresentado tem maior número de indicadores em relação ao número de artigos analisados.

Na Tabela 5 pode ser visualizada a frequência de cada dimensão em ordem decrescente. Os mais frequentes foram: renda (26,40%), escolaridade (20,80%) desenvolvimento humano (8,40%) saneamento (6,80%), desigualdade social (5,60%) e alfabetização (4,80%).

Tabela 5 - Frequência de ocorrência dos indicadores socioeconômicos segundo dimensão, identificados na pesquisa indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013

CATEGORIA SOCIOECONÔMICO			
	DIMENSÃO	N	(%)
RENDAS		66	26,4%
ESCOLARIDADE		52	20,8%
DESENVOLVIMENTO HUMANO		21	8,4%
NATUREZA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA		17	6,8%
SANEAMENTO		17	6,8%
DESIGUALDADE SOCIAL		14	5,6%
ALFABETIZAÇÃO		12	4,8%
AGLOMERAÇÃO DOMICILIAR		9	3,6%
NÍVEL SOCIAL		8	3,2%
CONDIÇÃO DE VIDA		7	2,8%
MERCADO DE TRABALHO		3	1,2%
SITUAÇÃO ESCOLAR		3	1,2%
TIPO DE MORADIA		4	1,6%
DESENVOLVIMENTO INFANTIL		2	0,8%
NÍVEL ECONÔMICO		2	0,8%
OCUPAÇÃO		2	0,8%
SISTEMA DE SAÚDE		2	0,8%
SITUAÇÃO DE TRABALHO		2	0,8%
CONDIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO		1	0,4%
CONDIÇÕES ECONÔMICAS		1	0,4%
CONDIÇÕES DE SANEAMENTO		1	0,4%
FATOR DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS		1	0,4%
PRODUTO INTERNO BRUTO		1	0,4%
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL		1	0,4%
TURNO DE TRABALHO		1	0,4%
TOTAL		250	100%

Alguns dos indicadores socioeconômicos mais frequentes nas dimensões identificadas estão dispostos no Quadro 42 e serão discutidos a seguir. Dentre os indicadores nesta categoria: dos indicadores relacionados na dimensão renda destaca-se a renda familiar, renda insuficiente e o índice de Theil. Em relação a escolaridade menciona-se a escolaridade da mãe ou dos pais e grau de escolaridade. O Índice de Desenvolvimento Humano foi um dos mais identificados. Na dimensão natureza administrativa da escola foi encontrado o tipo de escola. Em relação a desigualdade social, o índice de Gini.

Quadro 42 – Indicadores socioeconômicos mais frequentes em cada dimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

CATEGORIA - SOCIOECONÔMICO		
DIMENSÃO	INDICADOR	N
RENDA (n=66)	Renda familiar	28
	Renda insuficiente	5
	Índice de Theil	3
ESCOLARIDADE (n=52)	Escolaridade da mãe e/ou pais	13
	Grau de escolaridade	3
DESENVOLVIMENTO HUMANO (n=21)	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	21
NATUREZA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA (n=17)	Tipo de escola (pública ou privada)	17
SANEAMENTO (n=17)	Percentual da população com acesso à rede de água	10
DESIGUALDADE SOCIAL (n=14)	Índice Gini	14
ALFABETIZAÇÃO (n=12)	Taxa de analfabetismo	8
AGLOMERAÇÃO DOMICILIAR (n=9)	Aglomeração domiciliar	6

6.3.3.3.1 Indicadores Socioeconômicos quanto as suas formas de cálculo

Diferentes indicadores relacionados à renda foram identificados nos estudos (Quadro 43).

A renda foi um dos indicadores socioeconômicos que apresentou diversidade de formas de cálculo. Foram identificadas formas de cálculo como: percentual de pobres; número de moradores na casa que trabalham; renda per capita (salário mínimo/dólar); renda familiar ou renda mensal (em salários mínimos); renda per capita; renda familiar ou renda domiciliar, per capita (mensal); proporção de responsáveis por domicílio com renda insuficiente; renda insuficiente; razão de renda (10% mais ricos e 40% mais pobres) entre outras (Quadro 43).

O Índice de Theil varia de 0 a 1, sendo que quanto maior o valor, maior é a desigualdade/concentração da renda.

Segundo Boing et al (2013) as medidas de renda podem ser tomadas de diferentes maneiras tais como: renda individual, renda do chefe do domicílio ou do conjunto de moradores em um mesmo domicílio, e esta pode ser expressa em valor total ou unidade per capita (divide-se a renda total por morador do domicílio). Os autores também afirmam que existem outras medidas relacionadas à riqueza de uma cidade,

estado ou país que podem ser expressas em totais ou per capita como: Produto Interno Bruto, Produto Nacional Bruto ou Produto Interno Bruto Real.

Quadro 43 – Indicadores de renda e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FORMA DE CÁLCULO
RENDA
INDICADOR: Número de chefes de família que recebem até três salários mínimos, categorizado em tercil
Número de chefes de família que recebem até três salários mínimos, categorizado em tercil
INDICADOR: Renda per capita
Total da renda familiar dividida pelo número de habitantes do domicílio e categorizada em: • Salários mínimos • Salários mínimos e os valores equivalentes em dólar • Reais • Dolar • Não apresenta
INDICADOR: Renda familiar (mensal)
Número de domicílios segundo a renda dividido pelo número de domicílios pesquisados e multiplicados por 100 categorizada em: • Salários mínimos per capita • Salários mínimos • Reais • Reais e convertida em salários mínimos e em dólares, segundo câmbio da época da pesquisa • Per capita em salário mínimo Renda familiar, transformada em renda per capita dividindo-a pelo número de moradores do domicílio.
INDICADOR: Renda domiciliar ou domiciliar per capita
Soma de rendimentos dos moradores do domicílio dividindo-se pelo número total dos moradores • Igual ou inferior a um quarto de salário mínimo (mensal) • Agrupada em quintis: primeiro (menor), segundo, terceiro, quarto, quinto (maior) • Reais. • Dólares americanos
INDICADOR: Percentual de domicílios com renda maior ou menor que R\$ 1000.00 (em reais)
Número de domicílios com renda maior ou menor que R\$ 1000.00 (em reais), dividido pelo número de domicílios pesquisados e multiplicado por 100
INDICADOR: Renda do chefe da família
Renda do chefe da família no último mês, formando as categorias: • Reais: “desfavorável” (< R\$ 500,00) e “favorável” (≥ R\$ 500,00) • Salários mínimos • Dólares
INDICADOR: Renda familiar média per capita
Razão entre número de salários mínimos e número de integrantes da família
INDICADOR: Renda média do chefe do domicílio
Renda média mensal do responsável pelo domicílio (R\$)
INDICADOR: Razão entre o somatório da renda per capita de toda a população e o número total destes indivíduos e expressos em salários mínimos.
Razão entre o somatório da renda per capita de toda a população e o número total destes indivíduos e expressos em salários mínimos
INDICADOR: Percentual de pessoas da residência que trabalham
Número de moradores na casa que trabalham divididos pelo número de moradores categorizados em: • 0-1, 2 ou mais

FORMA DE CÁLCULO
INDICADOR: Razão de renda (10% mais ricos e 40% mais pobres)
Divisão dos 10% mais ricos pelos 40% mais pobres
INDICADOR: Índice de Theil*
Cálculo: $T = \sum_{h=1}^k \left(\frac{x_i}{X} \right) \ln \frac{\frac{x_i}{X}}{\frac{1}{n}}$ Seja x_i a renda da i-ésima pessoa, com $i = 1, \dots, n$ e seja X a renda média. Esta medida varia de zero (perfeita igualdade) ao $\ln$ de n (completa desigualdade) (SOARES, 2007). • Escala de 0 a 1, quanto maior o valor, maior é a desigualdade/concentração da renda
PROPORÇÃO DE POBRES
INDICADOR: Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo
Número da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo dividido pela população total multiplicado por 100.
INDICADOR: Proporção de responsáveis por domicílio com renda insuficiente
Número de responsáveis do domicílio com renda insuficiente dividido pelo número de responsáveis entrevistados d multiplicado por 100.
INDICADOR: Renda abaixo de dois salários mínimos ou sem renda
Número de pessoas com renda abaixo de dois salários mínimos ou sem renda
INDICADOR: Porcentagem de população vivendo com renda média familiar per capita inferior a meio salário mínimo
Número de pessoas da população com renda média familiar per capita inferior a meio salário mínimo dividido pela população e multiplicada por 100
INDICADOR: Proporção dos indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50% do salário mínimo
Número de dos indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50% do salário mínimo dividido pela população entrevistada e multiplicada por 100
INDICADOR: Auto-percepção de renda suficiente para as despesas básicas
Número de pessoas que consideram a renda suficiente para as despesas básicas categorizadas em:
• sim ou não

*A forma de cálculo do Índice de Theil não foi apresentada nos estudos, no Quadro 43 está disposta a descrita por Soares (2007).

As variáveis sociais mais frequentemente utilizadas para os estudos sobre desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços são: renda, escolaridade, cor da pele ou raça, ocupação e classe social (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Travassos e Castro (2008) mencionam que a renda é normalmente calculada em forma de salário-mínimo ou distribuída em quintis ou decis, porém, nos estudos a mais utilizada foi a renda familiar *per capita* e em alguns estudos verificou-se a renda individual. Porém, Travassos e Castro (2008) discutem ainda que em virtude do Brasil ser um país com distribuição de renda extremamente desigual não é conveniente o uso de recortes de renda em proporções iguais a quintis e tercís.

Quadro 44 – Indicadores de escolaridade e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FORMA DE CÁLCULO	
ESCOLARIDADE	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo a escolaridade	
Número de indivíduos segundo a escolaridade dividida pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100 categorizado em:	
Anos de estudos:	
• Completos • Mais de 8 anos, 5 a 8 anos e até 4 anos de estudo • Maior ou menor que 4 anos • Maior ou menor que 8 anos • Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos de idade ou mais	
Grau de escolaridade:	
• 1º grau incompleto; ou 1º grau completo + 2º grau incompleto; ou 2º grau completo + 3º grau incompleto; ou 3º grau completo; ou Pós-graduação • Baixa ou alta (avaliada conforme série de estudo. Ex quarta série ou quinta série) • Ensino fundamental incompleto ou completo, ou ensino médio incompleto ou completo, ou ensino superior. • A: analfabeto, primário incompleto e completo; B: secundário incompleto e completo e C: universitário incompleto e completo. • Analfabeto ou até 4ª série incompleta; ou 4ª série até 8ª série incompleta; ou 1º grau completo até 2º grau incompleto; ou 2º grau completo até superior. • Nenhuma; ou primário; ou ginásio ou 1o grau; ou 2o grau completo; ou curso superior; ou não sabe ler e escrever.	
INDICADOR: Percentual segundo a escolaridade do chefe-da-família	
Número de chefe-da-família segundo a escolaridade dividida pelo número de chefe-da-família pesquisado multiplicado por 100 categorizado em:	
• Anos de estudo • Chefes de família com até sete anos de estudo (em tercil)	
INDICADOR: Percentual segundo a escolaridade das mães	
Número de mães segundo a escolaridade dividida pelo número de mães pesquisadas multiplicado por 100 categorizado em:	
• Anos de estudo dicotomizada: “desfavorável” (< 4 anos) e “favorável” (≥ 4 anos) • Não sabe ler, nem escrever; ou só sabe ler e escrever; ou 1º grau incompleto ou completo; ou 2º grau incompleto ou completo; ou universitário. • 1ª a 4ª série; ou 5ª a 8ª série; ou ensino médio; ou ensino superior. • Em anos	
INDICADOR: Percentual segundo nível de escolaridade dos pais ou responsáveis	
Número de pais ou responsáveis segundo nível de escolaridade dividida pelo número pais ou responsáveis pesquisados multiplicados por 100 categorizado em:	
• Maior ou menor que 8 anos • Anos de estudo formal. • Menor que 8, ou 9 a 11, ou maior que 11 anos • Menor que 8 ou mais que 9 anos • Analfabeto; ou fundamental até a 4ª série; ou fundamental até a 8ª; ou ensino médio; ou superior • 1º, ou 2º ou 3º Grau • Em anos • Analfabeto, ou ensino fundamental, ou ensino superior completo ou incompleto. • Analfabeto, ou ensino elementar, ou ensino médio ou universitário.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com menos de um ano de estudo	
Número de indivíduos com menos de um ano de estudo dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100	

FORMA DE CÁLCULO
ESCOLARIDADE
INDICADOR: Percentual de indivíduos com oito ou mais anos de estudo
Número de indivíduos com oito ou mais anos de estudo, dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo nível de escolaridade
Número de indivíduos segundo nível de escolaridade dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100 categorizado em:
• Escolaridade: 0-3, ou 4-7; ou 8 ou mais anos

Escolaridade foi um indicador também muito utilizado e com diversas formas de cálculo, dentre elas cita-se: grau de formação; anos de estudos completados; média de anos de estudo das pessoas de 25 anos de idade ou mais entre outros (Quadro 44).

Também se identificou a escolaridade da mãe (grau de formação, anos de estudo); nível de escolaridade dos pais ou responsáveis; percentual de indivíduos com menos de um ano de estudo; percentual de Indivíduos com oito ou mais anos de estudo; entre outros. Muitos destes aspectos mensurados assemelham ao descrito por Travassos e Castro (2008) onde definem que a escolaridade é medida em anos completos de estudos e categorizada em relação ao indivíduo, chefe da família, pai ou mãe.

A alfabetização foi identificada conforme os seguintes indicadores: taxa de alfabetização; taxa ou coeficiente de analfabetismo em maiores de 15 anos; atraso escolar; percentual de analfabetos no grupo de 18 a 24 anos; analfabetos e não analfabetos entre outros. Porém, não foram apresentadas as formas de cálculo das taxas e coeficiente (Quadro 45).

Travassos e Castro (2008) destacam que, dentre os indicadores do nível de instrução encontra-se a escolaridade. Nas pesquisas esta pode apresentar diferentes formas de estratificação como: anos de estudos (individual), média de anos de estudo (coletivo), taxa de alfabetismo, proporção de indivíduos ou chefes de domicílios que atingiram determinado patamar de estudo e até mesmo número de matrículas por faixa etária, entre outros (BOING et al, 2013).

Quadro 45 – Indicadores de alfabetização e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
ALFABETIZAÇÃO	
INDICADOR: Taxa ou coeficiente de alfabetização	
- Taxa de alfabetização em maiores de dez anos de idade - Anos médios de estudo	
INDICADOR: Taxa ou coeficiente de analfabetismo em maiores de 15 anos	
Taxa ou coeficiente de analfabetismo (não saber ler ou escrever) em maiores de 15 anos categorizado em:	
Analfabetos e não Analfabetos	
INDICADOR: Taxa de analfabetismo da população adulta (indivíduos com mais de 20 anos)	
Percentual da população maior de 20 anos que não é capaz de ler e escrever um bilhete simples, que assina apenas o próprio nome ou que declarou ter aprendido a ler e escrever, mas esqueceu.	
INDICADOR: Percentual de analfabetos no grupo de 18 a 24 anos	
Número de analfabetos no grupo de 18 a 24 anos dividido pelo número de indivíduos nesta faixa etária multiplicado por 100	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com atraso escolar	
Número de indivíduos de 18 e 19 anos com atraso escolar dividido pelo número de indivíduos nestas idades multiplicado por 100 categorizado em:	
Sim ou não	
Considerações:	
Considerou-se o nível de educação formal (anos de escolaridade) e a idade dos mesmos. Foram classificados como atrasados no estudo os indivíduos de 18 e 19 anos de idade que possuíam até 10 anos de escolaridade; os de 17 anos de idade com até nove anos de escolaridade, os de 16 anos de idade com até oito anos de escolaridade; e os de 15 anos de idade com até sete anos de escolaridade.	
INDICADOR: Percentual de pessoas com mais de 25 anos com ensino fundamental incompleto	
Número de pessoas com mais de 25 anos com ensino fundamental incompleto dividido pelo número de indivíduos nesta idade multiplicado por 100	
INDICADOR: Coeficiente de analfabetismo em adultos (15 ou mais anos de idade)	
Não apresenta	

Diversas categorias foram identificadas em relação aos anos de estudos entre elas cita-se: maior ou menor que oito anos; menor que oito anos, de nove a onze anos e maior que onze anos; até quatro anos, cinco a oito anos e mais que oito anos. Alguns dos estudos apresentaram o nível de escolaridade categorizado segundo as normas do Sistema Escolar de Ensino Brasileiro: menos de oito, de oito a onze e mais de onze anos.

A não disponibilização das formas de cálculo do indicador “taxa de alfabetização”, bem como as variações nas formas apresentadas refletem a falta de um padrão definido para o seu cálculo, o que pode dificultar a seleção deste indicador. Prejudicando desta forma, o emprego de um dos indicadores importantes para avaliação dos serviços, como descrito por Fernandes e Peres (2005):

Estudos que investiguem a associação entre indicadores de atenção básica à saúde bucal e condições sociais e econômicas municipais são particularmente importantes para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e utilização dos serviços (FERNANDES; PERES, 2005, p.932).

Além dos levantamentos nacionais de saúde bucal realizados no Brasil, pesquisas têm investigado de forma bastante tímida o acesso e a utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira, porém informações socioeconômicas são pesquisadas.

Diferente dos inquéritos sobre saúde bucal citados, o módulo de saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, incluiu apenas umas poucas perguntas sobre acesso e utilização de serviços odontológicos. Por outro lado, apresenta uma vasta gama de informações sobre emprego, renda, escolaridade, compra de planos de saúde e utilização de serviços de saúde, incluindo o modo de financiamento do atendimento. Por congregar essas informações, tal base de dados acaba se constituindo em uma fonte bastante adequada para a investigação de desigualdades em saúde relacionadas com as desigualdades sociais e econômicas, entre as quais a saúde bucal (BARROS; BERTOLDI, 2002, p. 710).

Quadro 46 – Indicador Índice de Desenvolvimento Humano e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
DESENVOLVIMENTO HUMANO	
INDICADOR: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	
• Não apresenta • Média aritmética simples de três subíndices referentes às dimensões longevidade, educação e renda. • IDH em: IDH – municipal; IDH – educação; IDH – longevidade; IDH – renda • Medida que congrega informações sobre longevidade, renda e escolaridade, aferido para os municípios brasileiros pelo escritório regional no Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). • Média. Calculado a partir de informações sobre expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto per capita, podendo variar de 0 (menor desenvolvimento) a 1 (maior desenvolvimento) • Longevidade, educação e renda - Escala de 0 a 1 • Medida composta pelas informações sobre: renda, educação e longevidade. • Medido por indicadores de educação (taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade e taxa bruta de frequência à escola), longevidade (expectativa de vida ao nascer) e renda (renda municipal per capita). • Calculado pelo PNUD, agregando informações da mesma base do IBGE. Combina longevidade e escolaridade. • Média: IDH Renda, IDH educação e IDH saúde • O IDH varia de 0 a 1, os maiores valores indicam melhores condições.	

A fórmula de cálculo do indicador IDH não foi apresentada nos estudos. De maneira geral, todos os estudos apresentaram de forma semelhante as dimensões avaliadas no cálculo deste indicador o qual agrega informações de renda, escolaridade e longevidade (Quadro 46). Porém, um dos estudos informa que o indicador é calculado substituindo o dado sobre longevidade por saúde.

Essas informações sobre o IDH são confirmadas por Boing et al (2013) onde definem que o IDH é o resultado de um número compreendido entre 0 e 1 e que é obtido da média de indicadores de três dimensões fundamentais para a vida e seus componentes básicos sendo elas: a longevidade (medida pela esperança de vida ao nascer), a educação (indicada pela taxa de escolarização de adultos e pela taxa de alfabetização bruta combinada no ensino fundamental, médio e superior) e a renda (medida pelo PIB per capita).

A forma de cálculo dos indicadores de saneamento pode ser visualizada no Quadro 47.

O indicador saneamento apresentou diferentes formas de cálculo como: percentual da população ou domicílios com acesso à rede de água; percentual da população ou domicílios com acesso à rede de esgoto; percentual de domicílios com saneamento público; condições simultâneas de abastecimento de água e esgotamento sanitário por rede geral, e lixo coletado diariamente; percentual de indivíduos com cobertura de coleta de lixo, percentual de pessoas com acesso a água encanada. Demonstrando também variadas formas para o seu cálculo (Quadro 47).

Boing et al (2013) confirmam os achados neste estudo relativos aos indicadores de saneamento. Estes autores listam os indicadores mais empregados nos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, sendo eles: porcentagem de domicílios ligados a rede de abastecimento de água e ligações à rede esgoto e coleta de lixo.

O resultado do Censo de 2010 apresentou indicadores relacionados a saneamento tais como: abastecimento de água por rede geral, esgotamento por rede geral e fossa séptica, e coleta de lixo dos domicílios (IBGE, 2011).

Quadro 47 – Indicadores de saneamento e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO
SANEAMENTO
INDICADOR: Percentual da população com acesso à rede de água
Número da população com acesso à rede de água, dividido pela população total multiplicado por 100.
INDICADOR: Percentual de domicílios com abastecimento de água
Número de domicílios com abastecimento de água dividido pelo total de domicílios multiplicado por 100 categorizado em:
• Presença ou não
INDICADOR: Percentual da população com acesso à rede de esgoto
Número da população com acesso à rede de esgoto dividido pela população total multiplicado por 100
INDICADOR: Percentual de domicílios com acesso à rede de água
Número de domicílios com acesso à rede de água, dividido pelo total de domicílios multiplicado por 100.
INDICADOR: Percentual de domicílios com saneamento público
Número de domicílios com saneamento público, dividido pelo total de domicílios e multiplicado por 100.
• Condições simultâneas de abastecimento de água e esgotamento sanitário por rede geral, e lixo coletado diariamente.
INDICADOR: Percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto
Número de domicílios com acesso à rede de esgoto dividido pelo total de domicílios multiplicado por 100
INDICADOR: Percentual de domicílios com água tratada
Número de domicílios com ligação ao sistema de abastecimento de água dividido pelo total de domicílios multiplicado por 100.
INDICADOR: Percentual de Indivíduos com cobertura de coleta de lixo
Número de indivíduos com cobertura de coleta de lixo dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100
INDICADOR: Percentual de pessoas com acesso a água encanada
Número das pessoas que viviam em domicílios com água encanada dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicado por 100.

A forma de cálculo do indicador Coeficiente ou Índice de Gini não foi apresentada nos estudos, porém as informações obtidas nos artigos analisados podem ser visualizadas no Quadro 48.

Boing et al (2013) afirmam que dentre as medidas de desigualdade mais utilizadas encontra-se o coeficiente ou índice de Gini. Estes autores também afirmam que este índice mede o grau de desigualdade de renda e tem o seu valor variando numa escala de 0 a 1 onde 0, quando não há desigualdade (todos recebem a mesma renda) a 1, quando a desigualdade é máxima (um único indivíduo recebe toda a renda da sociedade), informações que estão em conformidade com o descrito pelos estudos analisados (Quadro 48).

Quadro 48 – Indicador Coeficiente ou Índice de Gini e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
INDICADOR: COEFICIENTE OU ÍNDICE DE GINI*	
Cálculo:	$G = 1 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (\phi_i + \phi_{1-i})$ Onde G é o índice de Gini, n é o tamanho da amostra e ϕ é a razão da renda individual pela renda total da distribuição. O índice de Gini varia de zero (quando há perfeita igualdade na distribuição de renda) até um (quando há perfeita desigualdade na distribuição de renda) (SOARES, 2007). • Varia de 0 (zero desigualdade) - em que todos recebem a mesma parcela da renda - para 1 (máxima desigualdade) - na qual uma família recebe o total de toda a renda. • Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo renda domiciliar per capita, cujo valor varia de 0, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima • Média. Escala de 0 a 1 • Varia entre 0, o que reflete a completa ausência da desigualdade na distribuição da doença e 1, com valores superiores, refletindo os níveis mais elevados de desigualdade. • Este índice indica a desigualdade perfeita, com um coeficiente de 1 e igualdade perfeita, com um coeficiente de 0. • O valor pode variar de 0 a 1, sendo o valor 0 considerado como igualdade total e o valor 1 corresponde à máxima desigualdade. Para o seu cálculo, foi utilizada uma planilha eletrônica disponível no endereço eletrônico <http://www.fo.usp.br/arquivos/Gini_calculation_for_caries_distribution.zip>. • Elaborado a partir das informações referentes ao rendimento médio, em salários mínimos, dos chefes de família; ele compara a proporção do rendimento total auferido por uma parcela da população em relação ao peso relativo dessa parcela no conjunto da população geral; em uma situação de perfeita igualdade, a cada fração da população corresponderia uma parcela equivalente dos rendimentos

*A forma de cálculo do Índice ou Coeficiente de Gini não foi apresentada nos estudos, no Quadro 48 está disposta a descrita por Soares (2007).

Um dos estudos descreve que o índice de Gini é elaborado a partir das informações referentes ao rendimento médio, em salários mínimos, dos chefes de família; onde compara a proporção do rendimento total auferido por uma parcela da população em relação ao peso relativo dessa parcela no conjunto da população geral.

6.1.3.3.2 Indicadores socioeconômicos quanto aos instrumentos de coleta

A Figura 12 apresenta o percentual de indicadores na categoria socioeconômico, segundo instrumentos de coleta, nos artigos analisados no estudo.

Quanto aos instrumentos de coleta a maioria dos indicadores socioeconômicos (44%) foram obtidos com a recuperação de dados, isto é, acesso a banco de dados de pesquisa ou no Sistema de Informação e 35% por meio de questionário.

Dois modelos de questionários foram utilizados para obter informações socioeconômicas: o Questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS) e o Questionário adaptado da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde.

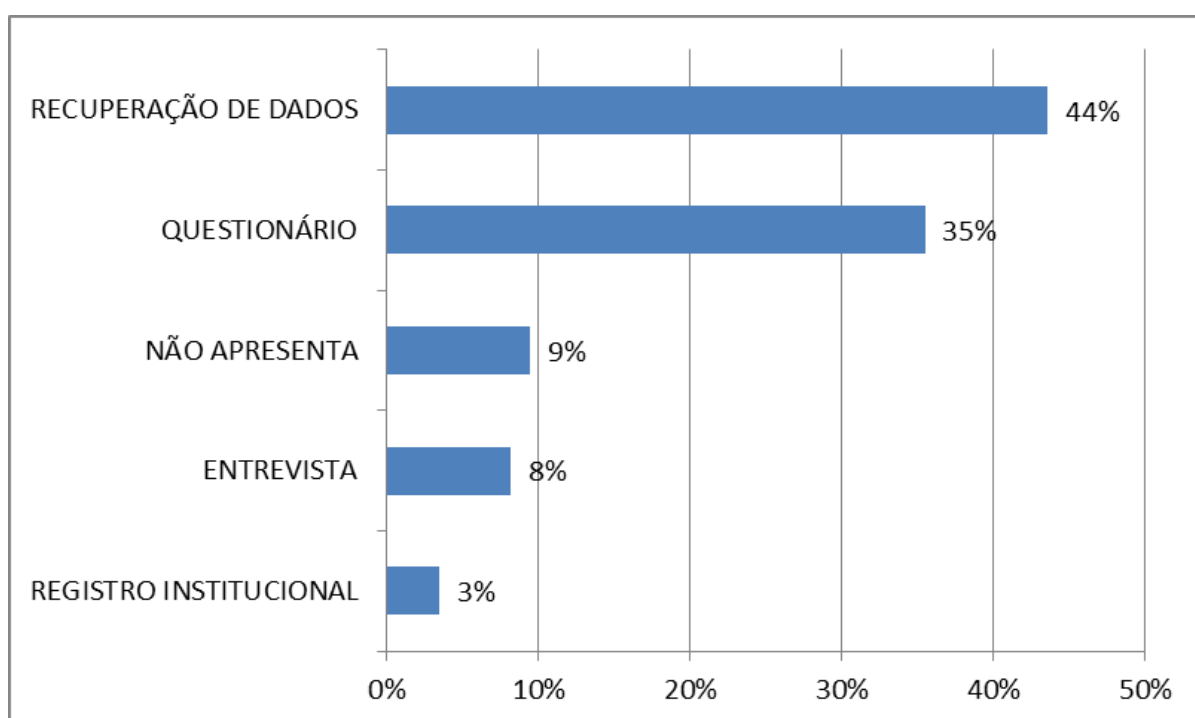


Figura 12 - Percentual de Indicadores na categoria socioeconômico, segundo instrumentos de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia-GO, 2013.

Os instrumentos de coleta mais utilizados para obter a renda foram o questionário e a entrevista. Houve um predomínio da recuperação de dados como: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IBGE, PNAD como também do Estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006.

Para a escolaridade e alfabetização foram utilizados como instrumentos de coleta a recuperação de dados de pesquisas nacionais e locais, por exemplo, a PNAD e IBGE. Também foram utilizados a entrevista, o questionário BOAS e registros institucionais (prontuário).

O IDH foi obtido predominantemente por meio de recuperação de dados. Para o Índice de Gini a informação foi coletada recuperando os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os instrumentos de coleta para o saneamento foram a entrevista no domicílio, o questionário, a recuperação de dados e o registro institucional. O Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde foi utilizado.

6.1.3.3.3 Indicadores socioeconômicos quanto às fontes de informação dos dados

O percentual de indicadores na categoria socioeconômico, segundo fonte de informação, a partir dos artigos analisados no estudo foi identificado (Figura 13).

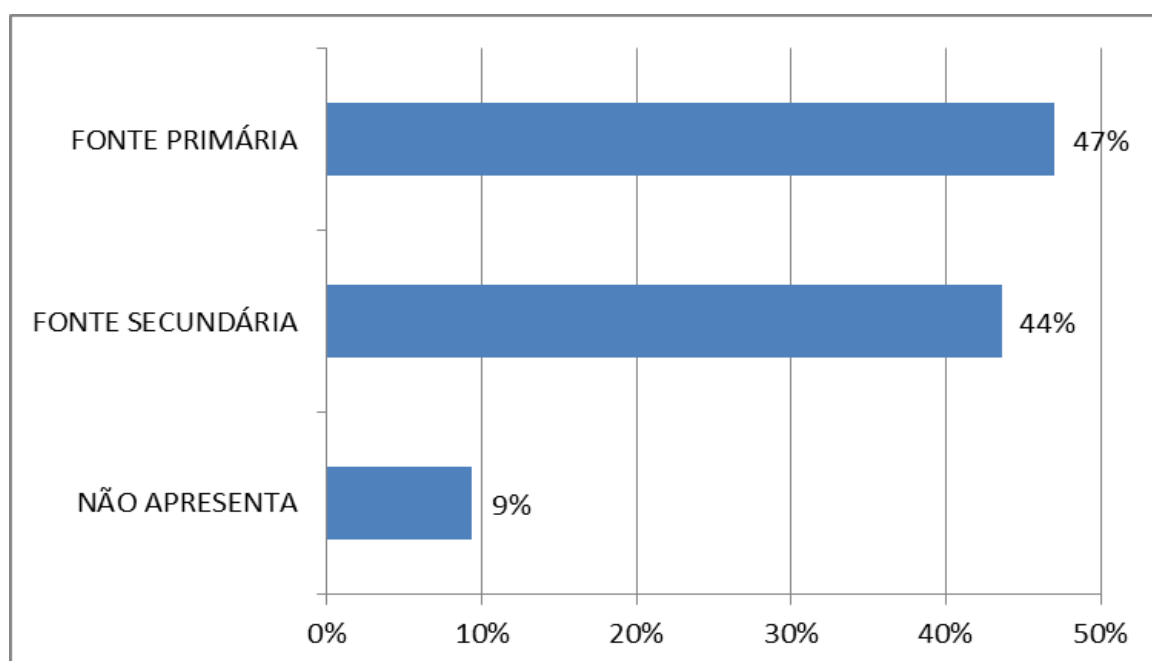


Figura 13 - Percentual de Indicadores na categoria socioeconômico, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Quanto a fonte de informação de dados, 47% dos indicadores socioeconômicos foram obtidos de fonte primária e 44% de secundária. Para obter a renda foram realizados inquéritos (fonte primária) e alguns estudos buscou os dados disponíveis das seguintes fontes secundárias: PNUD, IBGE, SBBRASIL 2003, Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano e estudos nacionais e locais.

As fontes primária e secundária foram utilizadas para obter informações sobre a escolaridade e a alfabetização. A primeira com inquéritos realizados nos domicílios, nas ILPI e Faculdade de Odontologia. Entre os inquéritos, incluiu o de Saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp) em 2008. As fontes de dados secundárias foram o acesso aos dados de pesquisa como a Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica e PNAD. Para o IDH a maioria dos estudos buscou a informação de fontes secundárias acessando o banco de dados do PNUD e também o IBGE.

6.1.3.3.4 Indicadores socioeconômicos quanto aos seus propósitos

Diferentes propósitos dos indicadores derivados da renda foram identificados nos artigos e estes podem ser observados no Quadro 49.

Quadro 49 – Propósito dos indicadores de renda, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013. (continua)

PROPÓSITO
RENDA
INDICADOR: Número de chefes de família que recebem até três salários mínimos, categorizado em tercil.
Não apresenta
INDICADOR: Renda per capita
• Analisar a associação de características individuais (fatores socioeconômicos) na auto percepção da mastigação, • Disponibilidade de recurso; • Não apresenta.
INDICADOR: Renda familiar (mensal)
• Aspecto socioeconômico, • Avaliar as condições socioeconômicas, • Não apresenta. • Perfil econômico familiar (indicador contextual).
INDICADOR: Renda domiciliar ou domiciliar per capita
• Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal • Não apresenta • Aspectos sociodemográficos • Indicador de grau de desenvolvimento social do município
INDICADOR: Percentual de domicílios com renda maior ou menor que R\$ 1000.00 (em reais)
• Não apresenta
INDICADOR: Renda do chefe da família
Não apresenta
INDICADOR: Renda familiar média per capita
• Não apresenta • Desigualdade social • Caracterizam a condição socioeconômica da população
INDICADOR: Renda média do chefe do domicílio

PROPÓSITO	
• Não apresenta	
INDICADOR: Razão entre o somatório da renda per capita de toda a população e o número total destes indivíduos e expressos em salários mínimos.	
• Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de pessoas da residência que trabalham	
• Avaliar o nível socioeconômico	
INDICADOR: Razão de renda (10% mais ricos e 40% mais pobres)	
• Não apresenta	
INDICADOR: Índice de Theil	
• Indicador de desigualdade na renda	
• Desigualdade social.	
• Grau de desigualdade na distribuição de renda	
PROPORÇÃO DE POBRES	
INDICADOR: Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo	
• Aspectos contextuais	
• Não apresenta	
INDICADOR: Proporção de responsáveis por domicílio com renda insuficiente	
• Desigualdade social	
• Mede o grau de desenvolvimento social do município	
• Não apresenta	
• Índice de desenvolvimento socioeconômico	
INDICADOR: Renda abaixo de dois salários mínimos ou sem renda	
• Não apresenta	
INDICADOR: Porcentagem de população vivendo com renda média familiar per capita inferior a meio salário mínimo	
• Não apresenta	
INDICADOR: Proporção dos indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50% do salário mínimo	
Caracterizam a condição socioeconômica da população	
INDICADOR: Auto-percepção de renda suficiente para as despesas básicas	
• Não apresenta	

O Índice Theil é um indicador de renda que foi proposto nos estudos para avaliar a desigualdade na renda; a desigualdade social ou grau de desigualdade na distribuição de renda. O indicador renda insuficiente propõe avaliar a desigualdade social ou medir o grau de desenvolvimento social do município, conforme descritos nos estudos. A renda é uma importante medida socioeconômica por estar diretamente relacionada às condições de vida e elemento diferenciador do acesso à saúde (BOING et al, 2013).

Os propósitos dos indicadores de escolaridade e alfabetização identificados nos estudos podem ser visualizados no Quadro 50.

Quadro 50 – Propósito dos indicadores de escolaridade e alfabetização, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

(continua)

FORMA DE CÁLCULO	
ESCOLARIDADE	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo a escolaridade	
- Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal - Fator de risco para doença periodontal - Avaliar as condições socioeconômicas - Analisar a associação de características individuais (fatores socioeconômicos) na autopercepção da mastigação - Não apresenta	
INDICADOR: Percentual segundo a escolaridade do chefe-da-família	
Análise das desigualdades sociais em saúde. Escolaridade (usada como um proxy para status socioeconômico) e definido como anos de escolaridade	
INDICADOR: Percentual segundo a escolaridade das mães	
- Avaliar o nível socioeconômico - Aspecto sociodemográfico	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo o grau de escolaridade	
Não apresenta	
INDICADOR: Percentual segundo nível de escolaridade dos pais ou responsáveis	
- Não apresenta - Aferir condição socioeconômica em epidemiologia	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com menos de um ano de estudo	
Aspectos contextuais	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com oito ou mais anos de estudo	
Aspectos contextuais	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo nível educacional	
Não apresenta	
ALFABETIZAÇÃO	
INDICADOR: Taxa de alfabetização (%)	
Não apresenta	
INDICADOR: Taxa de Analfabetismo em maiores de 15 anos	
Não apresenta	
INDICADOR: Taxa de analfabetismo	
- Não apresenta - Índice de desenvolvimento socioeconômico	
INDICADOR: Coeficiente de analfabetismo (acima de 15 anos)	
Indicador de grau de desenvolvimento social do município	
INDICADOR: Taxa de analfabetismo da população adulta	
Caracterizam a condição socioeconômica da população,	
INDICADOR: Atraso escolar	
- Avaliar a condição socioeconômica - Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de analfabetos no grupo de 18 a 24 anos	
Não apresenta	
INDICADOR: Percentual de pessoas + 25 anos com ensino fundamental incompleto	
Não apresenta	
INDICADOR: Coeficiente de analfabetismo em adultos (15 ou mais anos de idade)	
Desigualdade social	

Os propósitos dos indicadores: escolaridade e alfabetização, presentes nos estudos esteve associados a aspectos socioeconômicos. Um dos propósitos foi o de avaliar a associação (fator de risco) com condição periodontal (Quadro 50).

Boing et al (2013) afirmam que a saúde tem sido analisada sob os aspectos das desigualdades sociais, desigualdades em saúde e falta de equidade. Estes autores discorrem que as condições socioeconômicas são aferidas principalmente por meio de medidas de renda, escolaridade e ocupação. O que vem novamente a corroborar com os achados deste estudo.

Quadro 51 – Propósitos do Índice de Desenvolvimento Humano, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

PROPÓSITO	
DESENVOLVIMENTO HUMANO	
INDICADOR: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	
• Medir o desenvolvimento de um país ou mesmo de um município, posto que agrega, na execução do cálculo, os fatores longevidade e educação embutidos no índice com peso igual ao da renda per capita, ajustada pelo poder de compra. • Não apresenta • Determinante contextual • Indicador do padrão de vida, (indicador contextual). • Características desejadas e esperadas do desenvolvimento humano: renda, a longevidade de uma população e o grau de maturidade educacional. • Indicador de grau de desenvolvimento social do município. • Condições sócioeconômicas • Índice de desenvolvimento socioeconômico	

O IDH foi proposto pelo PNUD para medir o grau de desenvolvimento do país (ou região ou município) e as condições de vida de sua população (BOING et al, 2013), concordando com os achados do estudo (Quadro 51). Ele basea-se na premissa de que:

as três principais prioridades de todas as pessoas seriam desfrutar uma vida longa e saudável, dispor de instrução suficiente para escolher diferentes planos de vida e contar com recursos econômicos para satisfazer suas mais importantes necessidades materiais (BOING et al, 2013, p. 407).

Os propósitos dos indicadores de saneamento estão descritos no Quadro 52.

Quadro 52 – Propósitos dos indicadores de saneamento, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

PROPÓSITO
SANEAMENTO
INDICADOR: Abastecimento de Água (sim ou não)
• Não apresenta
INDICADOR: Percentual da população com acesso à rede de água
• Não apresenta • Indicador de condição de saneamento
INDICADOR: Percentual da população com acesso à rede de esgoto (%)
• Não apresenta • Indicador de condição de saneamento
INDICADOR: Percentual de domicílios com abastecimento de água
• Não apresenta
INDICADOR: Proporção de domicílios ligados à rede de água
• Determinantes contextuais • Desigualdade social • Indicador de condição de saneamento
INDICADOR: Percentual de domicílios com água encanada
• Não apresenta
INDICADOR: Percentual de domicílios com saneamento público
• Cobertura de somente de domicílios com acesso a tratamentos sanitários adequados.
INDICADOR: Percentual de indivíduos com cobertura de rede de água encanada (%)
• Aspectos contextuais
INDICADOR: Percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto
• Indicador de condição de saneamento • Aspectos contextuais
INDICADOR: Percentual de domicílios com água tratada.
• Determinantes contextuais • Não apresenta
INDICADOR: Percentual de Indivíduos com cobertura de coleta de lixo
• Aspectos contextuais

Outras medidas além da renda, nível de escolaridade e ocupação têm sido utilizadas para avaliar as condições de saúde e consequentemente as desigualdades sociais na distribuição dos serviços e doenças bucais (BOING et al, 2013).

Boing et al (2013) discutem que dentre estes encontram-se os indicadores de saneamento como: porcentagem de domicílios ligados à rede de energia elétrica, abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo. Nos achados dos estudos foram apresentados alguns destes indicadores e que foram propostos para avaliar as condições de saneamento (Quadro 52).

No Quadro 53 podem ser verificados os propósitos do indicador Coeficiente ou Índice de Gini.

Quadro 53 – Propósitos do indicador Coeficiente ou Índice de Gini, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

PROPÓSITO
DESIGUALDADE SOCIAL
INDICADOR: Índice ou coeficiente de GINI
• Medida de desigualdade da distribuição da renda de uma determinada população • Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo renda domiciliar per capita • Grau de desigualdade segundo a renda domiciliar • Medida de desigualdade na distribuição da cárie. Índice de desigualdade para avaliar a distribuição de renda. Autores recentemente defendeu seu uso para medir a experiência de cárie dentária. • Adotado para avaliar a distribuição desigual da cárie dental e cuidado com a saúde bucal. Tem sido usado de uma maneira para medir a associação entre a exposição a um fator de risco e prevalência da doença • Avalia a desigualdade na distribuição da cárie dentária durante um período de tempo. • Indicador de desigualdade, desigualdade na distribuição da renda. • Não menciona

Conforme os estudos analisados o Índice ou Coeficiente de Gini é capaz de medir o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo renda domiciliar per capita. Também foram encontrados estudos que definem que este é uma medida de desigualdade na distribuição da cárie, por estar relacionado a distribuição de renda. Boing et al (2013) confirmam estas duas afirmações onde este índice refere-se a uma medida de desigualdade tanto de renda como de desigualdade na experiência de cárie, esta última determinada pelo cálculo numérico do CPO observados em uma população, com o valor mínimo de 0 (caso não houvesse desigualdade na experiência de cárie, isto é, todos os indivíduos com o mesmo valor de CPO).

A associação da desigualdade social, especificamente no aspecto condições socioeconômicas e saúde bucal deve ser analisada. O uso de indicadores socioeconômicos e demográficos nos estudos sobre a gestão de saúde dos serviços pode ser considerado um avanço nesta área, pois retrata a preocupação em associar a saúde e a disponibilidade dos serviços com a desigualdade social.

Os achados identificados neste estudo são explicados por Boing et al (2013) afirmando que é incontestável a associação da desigualdade social na repercussão sobre a incidência de riscos para os agravos, de acesso diferencial a serviços ou às consequências geradas ou intensificadas pelos diferenciais de saúde.

6.1.3.4 Frequência dos Indicadores Demográficos segundo Dimensão

A Frequência de ocorrência dos indicadores demográficos pode ser visualizada na Tabela 6.

Tabela 6 - Frequência de ocorrência dos indicadores demográficos segundo dimensão, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

CATEGORIA DEMOGRÁFICO				
DIMENSÃO			N	%
IDADE/FAIXA ETÁRIA			131	45,17
GÊNERO			86	29,66
ETNIA			27	9,31
POPULAÇÃO			15	5,17
LOCALIZAÇÃO	GEOGRÁFICA	DA	9	3,10
POPULAÇÃO				
LOCALIZAÇÃO	GEOGRÁFICA	DA	9	3,10
RESIDÊNCIA				
ESTADO MARITAL			5	1,72
LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA ESCOLA			4	1,38
ARRANJO FAMILIAR			2	0,69
PRESENÇA DE IRMÃOS			2	0,69
TOTAL			290	100,00

Os indicadores demográficos que surgiram dos artigos foram agrupados nas dimensões: idade/faixa etária, gênero, etnia, condição de moradia, estado marital, localização geográfica, organização administrativa da escola e população, entre outros (Tabela 6).

Nos 221 artigos analisados contendo indicadores demográficos foram identificados 10 dimensões (Tabela 6) e totalizando 290 ocorrências de indicadores nesta categoria.

Foram encontrados estudos com mais de um indicador demográfico, por isso, houve um maior número de indicadores nesta categoria em relação ao número de artigos analisados. Na Tabela 6 pode ser visualizada a frequência, em ordem decrescente, dos indicadores em cada dimensão. Os mais frequentes foram: idade/faixa etária (45,17%), gênero (29,66%) etnia (9,31%) e população (5,17%). Alguns dos indicadores mais frequentes nestas dimensões serão discutidos a seguir.

6.1.3.4.1 Indicadores demográficos quanto as suas formas de cálculo

A forma de cálculo dos indicadores demográficos pode ser visualizada nos Quadros 54 a 57.

Quadro 54 – Indicador percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Idade/faixa etária	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária	
Número de indivíduos segundo idade/faixa etária dividido pelo número de indivíduos entrevistados e multiplicado por 100 categorizado em:	
Idade - em anos	
• Crianças: (2 a 6); 3; (3, 5 ou mais de 5); (3, 4 ou 5); 4; (4-6); 5; (5 a 14); (5 e 12); (5, 12 e 15); (5 e 6); (5, 6 e 7 a 12); (6 e 12); (6 a 12); (7 a 9) • Crianças e adolescentes: (7 a 12); (7 a 14); 12; (12 e 18); (12 ou 13); (12 e 15); (12 a 15); (12, 13, 14, e 15); (14 a 18); (15, 16, 17, 18); (18 e 19); (15, 16, 17 e 18); (15 a 17); (15 a 19); (17 a 19); (18 anos ou mais); (4 a 6; 7 a 8; 9 a 10; 11 a 15); • Adolescentes: 11 a 14; 12; 12 e 13; 12, 13, 14,15; 12 a 14 • Adolescentes e adultos: (12, 15-19; 35-44); • Adolescentes, adultos e idosos: (18-29, 30-44, 45-59 e 60 ou mais); (13 - 20; 21 - 35; 36 - 45; 46 - 60; mais de 60); (20-34, 35-45 e 46 a 64 anos) • Adultos: (35 a 44); (35 a 44); (35-44 e 65-74) • Adultos e idosos: (20 a 60; 60 anos ou mais); (até 29; 30-39; 40-49; 50-59; mais de 60) • Idoso (65 anos ou mais); (62 a 93; 65 a 74); (35-39; 40-44); (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 anos ou mais); (60-69 70-79 80 e mais); (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais)	
Idade dos pais: menos que 25 anos ou mais que 26 anos	
Idade - em meses: (10 a 72)	
Faixas etárias	
• Crianças (meses e anos): (18 a 36 meses e 5 anos); (36 meses; 5 anos; 12 anos; 15-19 anos); (18-36 meses e 5, 12, 15, e 65-74 anos) • Crianças (em anos): (3 a 6); (4 a 18); (5 e 6); (5 a 7); • Crianças e adolescentes: (5 a 14); (6 e 17); (7 a 12); (7 a 15); • Adolescentes (em anos): (10 a 18); (15-19); (15 a 19) • Crianças, adolescentes e adultos (em anos): (0 a 4; 5 a 7; 8 a 10; 11 a 13); (0-5, 6-12; 10-34; 35-44) • Crianças, adolescentes, adultos e idosos (em anos): (0 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 a 39; 40 a 44; 45 a 49; 50 a 54; 55 a 59; 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 e mais); (5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12, 15, 18, 35-44, 65-74); (5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74); (2 a 5; 6 a 11; 12 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39, 40 a 49 e 50 ou mais); menor de 12 anos (criança), 13 a 19 anos (adolescente), 20 a 59 (adulto), acima de 60 (idoso) • Adolescentes, adultos e idosos (em anos): (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64); (15-19, 35-44 e 65-74); (35 a 44 anos, 65 a 74 anos); • 15 e 19 (adolescentes), 35 a 44 (adultos) e 65 a 74 (idosos) • 50 a 59 anos (adultos) e maiores de 60 (idosos) • Adolescentes e adultos (em anos): (8-24, 25-29, 30-34, 35-58); (20-29,30-39, 40-49, 50-59); (20 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 anos ou mais); (30-39; 40-49, 50-59, 60-69, 70-79; 80 anos ou mais); • Adultos e idosos: (35 a 44 anos e de 50 a 59 anos); • Idosos (em anos): (60 a 69; 70 a 79 anos; 80 ou mais); (60 e 74); (60-74); (61 a 69; 70 a 79; 80 a 89); (65-69; 70-74; 75-79; 80 ou mais); (65 a 74, 75 anos ou mais); (65 a 74)	
Grupo etário	
Grupo etário: (35-44)	

O indicador relacionado à idade/faixa etária foi apresentado como: idade em anos, idade em meses, idade dos pais, faixas etárias e grupo etário.

As seguintes idade/faixas etárias foram avaliadas no levantamento SBBrasil 2010: 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. O que se observou nos estudos que variadas idade/faixas etárias foram utilizadas. Notou-se divergência quanto a faixa etária que corresponde aos adolescentes. Ora eram considerados aqueles de 15 a 19 anos, ora de 13 a 19 anos (Quadro 54).

A WHO (1997) define que 12 anos é uma idade de comparação e vigilância internacional das doenças bucais, porque é a fase em que todos os dentes estão erupcionados, com exceção do terceiro molar e que geralmente as crianças estão na escola, o que facilita a avaliação.

Outra idade também definida pela WHO (1997) é os 15 anos, pois a prevalência de cárie é mais significativa, visto que os dentes permanentes estão expostos de três a nove anos no ambiente bucal.

Quadro 55 – Indicador percentual de indivíduos segundo gênero/sexo e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
Gênero/Sexo	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo gênero/sexo	
Número de indivíduos segundo gênero/sexo dividido pelo número de indivíduos pesquisados, multiplicados por 100 categorizado em:	
• Masculino ou feminino	
INDICADOR: Número de indivíduos segundo gênero/sexo	
Valor absoluto categorizado em:	
• Masculino ou feminino	

Nos estudos os indicadores de gênero/sexo apresentaram a forma de cálculo em percentual ou valor absoluto. Alguns estudos denominaram de sexo e outros de gênero, com maior frequência o primeiro, semelhante ao SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011b).

Quadro 56 – Indicadores de etnia e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013. (continua)

FORMA DE CÁLCULO	
Etnia	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo cor da pele autodeclarada	
Número de indivíduos segundo cor da pele autodeclarada dividido pelo número de indivíduos entrevistados, multiplicados por 100 categorizado em:	
• Branco, pardo, negra, amarelo e índio; • Branca, parda ou preta; • Brancos; negros e pardos; • Negro ou não negro; • Branca, parda, indígena.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo as categorias utilizadas nos recenseamentos promovidos pelo IBGE	
Número de indivíduos segundo as categorias utilizadas nos recenseamentos promovidos pelo IBGE dividido pelo número de indivíduos entrevistados, multiplicado por 100 categorizado em:	
• Amarelos, brancos, pretos, pardos e indígenas. No estudo foram excluídos os indivíduos das categorias “amarelos”, “indígenas” e aqueles sem cor de pele indicada. Pardos e pretos constituíram uma única categoria e brancos a outra Cor da pele • Percentual de brancos e não brancos • Autoclassificação, adotada pelo IBGE. • Branca, parda, preta, amarela e indígena.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo raça	
Número de indivíduos segundo raça, dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em:	
• Branca ou não branca; • Brancas, pretas ou pardas. • Branco e não branco; • Branca, preta, parda, amarela; • Percentual: branca e não branca; • Percentual: branca e outros.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo raça/cor	
Número de indivíduos segundo raça/cor dividido pelo número de indivíduos entrevistados, multiplicados por 100 categorizado em:	
• Branca, preta, parda e outras. • Classificação de raça/cor utilizou os dados de composição racial do IBGE, que classifica os grupos, conforme autodeclaração, como brancos, pardos, pretos, amarelos ou indígenas	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo etnia	
Número de indivíduos segundo etnia, dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicados por 100 categorizado em:	
• Brancos e não brancos (amarelos + pardos + negros). Para a variável etnia, utilizou-se o recomendado por Narvai & Castellanos e de acordo com a classificação proposta pelo IBGE: amarelo, branco, negro e pardo.	
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo grupo étnico	

FORMA DE CÁLCULO
Número de indivíduos segundo grupo étnico dividido pelo número de indivíduos entrevistados, multiplicados por 100 categorizado em: • Percentual de brancos e não brancos; • Brancos (ascendência européia) e negros e pardos (ascendência africana); • Branco, negro ou pardo; • Branco, negro, pardo ou amarelo; Determinada com base em traços físicos, sendo adotadas as características e critérios preconizados pelo IBGE utilizadas no censo populacional de 1991: • Amarelo, branco, negro e pardo.
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo cor
Número de indivíduos segundo cor, dividido pelo número de indivíduos entrevistados multiplicado por 100 categorizado em: • Branco, pardo, negro
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tribo
Número de indivíduos segundo tribo dividido pelo número de indivíduos entrevistados, multiplicado por 100.

Etnia foi apresentada segundo cor da pele autodeclarada; percentual de indivíduos segundo raça; cor da pele; raça/cor; etnia; grupo étnico; cor ou tribo (Quadro 56). Para descrição da cor ou raça em alguns estudos utilizou-se o critério proposto pelo IBGE (2011), baseada na auto declaração: branca, preta, amarela, parda ou indígena, na qual as categorias foram agrupadas em branco e “não branco”.

Travassos e Castro (2008) mencionam que normalmente a cor ou raça é categorizada em branca e não branca. Estes autores relatam ainda que outra dimensão analisada é a geográfica, medida pelo local de residência: bairro, município, unidade da federação ou grande região de residência. Estas são utilizadas conforme a disponibilidade de informação e objetivo do estudo.

Alguns dos indicadores demográficos dispostos no resultado do Censo 2010 foram: sexo, idade, cor ou raça, condição no domicílio e responsabilidade compartilhada pelo domicílio; pessoas responsáveis pelo domicílio; emigrantes internacionais; alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade; registro de nascimento das crianças de até 10 anos de idade; óbitos; e rendimento e características dos domicílios particulares permanentes (IBGE, 2011).

Segundo Oliveira (2004), há uma polêmica sobre a conceituação entre raça e etnia. De maneira geral, a raça deveria referir-se ao aspecto biológico e a etnia com a questão cultural, porém ambos não são exclusivos. Enquanto etnia está associada a

características física (aparência), linguística e cultural, a raça é uma convenção arbitrária e está baseada nas características aparentes das pessoas.

No Brasil, nos estudos demográficos, a classificação racial do IBGE tem sido tomada como oficial desde 1991. Para Oliveira (2004):

Tal classificação tem como diretriz, essencialmente, o fato de a coleta de dados se basear na autodeclaração. Ou seja, a pessoa escolhe, de um rol de cinco itens (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) em qual deles se aloca. Como toda classificação racial é arbitrária e aceita não sem reservas, a do IBGE não foge à regra, pois possui limitações desde 1940, quando coletou pela primeira vez o “quesito cor”. Sabendo-se que raça não é uma categoria biológica, todas as classificações raciais, inevitavelmente, padecerão de limitações. Todavia, os dados coletados pelo IBGE, ao reunir informações em âmbito nacional, são extremamente úteis, pois apresentam grande unidade, o que permite o estabelecimento de um padrão confiável de comparação (OLIVEIRA, 2004, p. 58).

Oliveira (2004) discute ainda que:

O IBGE trabalha então com o que se chama de “quesito cor”, ou seja, a “cor da pele”, conforme as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Indígena, teoricamente, cabe em amarelos (populações de origem asiática, historicamente catalogados como de cor amarela), todavia, no caso brasileiro, dada a história de dizimação dos povos indígenas, é essencial saber a dinâmica demográfica deles. Outro dado que merece destaque é que a população negra, para a demografia, é o somatório de preto + pardo. Cabe ressaltar, no entanto, que preto é cor e negro é raça. Não há “cor negra”, como muito se ouve. Há cor preta. Apesar disso, em geral, os pesquisadores insistem em dizer que não entendem, mesmo com a obrigatoriedade ética de inclusão do “quesito cor” como dado de identificação pessoal nas pesquisas brasileiras desde 1996, segundo a Resolução 196/96. Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (VI. Protocolo de pesquisa. VI.3 ‘– informações relativas ao sujeito da pesquisa [...] cor [classificação do IBGE]) (OLIVEIRA, 2004, p.57 e 58).

Em relação ao sexo/gênero e raça/etnia Oliveira (2004) menciona que:

A alocação das pessoas segundo classe social, sexo/gênero e raça/etnia se constitui em indicadores que podem ser traduzidos em políticas públicas antidiscriminatórias na área da saúde, da educação, do saneamento, da habitação, da segurança etc (OLIVEIRA, 2004, p.59).

Quadro 57 – Indicador população e suas formas de cálculo, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

FORMA DE CÁLCULO	
População	
INDICADOR: Percentual de municípios segundo porte populacional	
Número de municípios segundo porte populacional dividido pelo número de municípios participantes da pesquisa e multiplicado por 100 categorizado em:	
Até 30 mil habitantes, entre 30-50 mil habitantes, entre 50-100 mil habitantes e municípios acima de 100 mil habitantes;	
Porte do município (por mil habitantes):	
- Até 10 mil habitantes, mais de 10 até 100 mil, e mais de 100 mil habitantes; - Até 5; 5.001-10; 10.001-50; 50.001-100; mais de 100;	
Porte populacional:	
Grande, pequeno ou médio.	
INDICADOR: População do município (habitantes)	
Número de habitantes do município	
INDICADOR: Percentual de indivíduos com 60 anos ou mais	
Número de indivíduos com 60 anos ou mais dividido pelo número de indivíduos pesquisados multiplicados por 100.	

Para a população o cálculo apresentado foi o percentual de municípios segundo porte populacional; população do município (habitantes) e percentual de indivíduos com 60 anos ou mais. A RIPSa (2008) apresenta a população total como um indicador de saúde, em números absolutos ou relativos.

6.1.3.4.2 Indicadores demográficos quanto as suas formas de coleta

A Figura 14 apresenta o percentual de indicadores na categoria demográfico segundo forma de coleta nos artigos analisados.

Quanto aos instrumentos de coleta os indicadores demográficos foram obtidos por meio de questionário (30%), recuperação de dados (28%) e registro institucional (13%). Entretanto, de 23% dos indicadores nesta categoria o instrumento de coleta não foi informado.

Os instrumentos de coleta utilizados para obter a idade/faixa etária foram a recuperação de dados, a entrevista, o questionário e o registro institucional (prontuário).

Alguns utilizaram questionários que foram empregados na Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA. A pesquisa em alguns estudos foi realizada nos Centros de Saúde da Família, em associação de moradores, ILPI e

Faculdade de Odontologia. Verificou-se o uso do questionário adaptado do SBBrasil 2003 e do questionário BOAS.

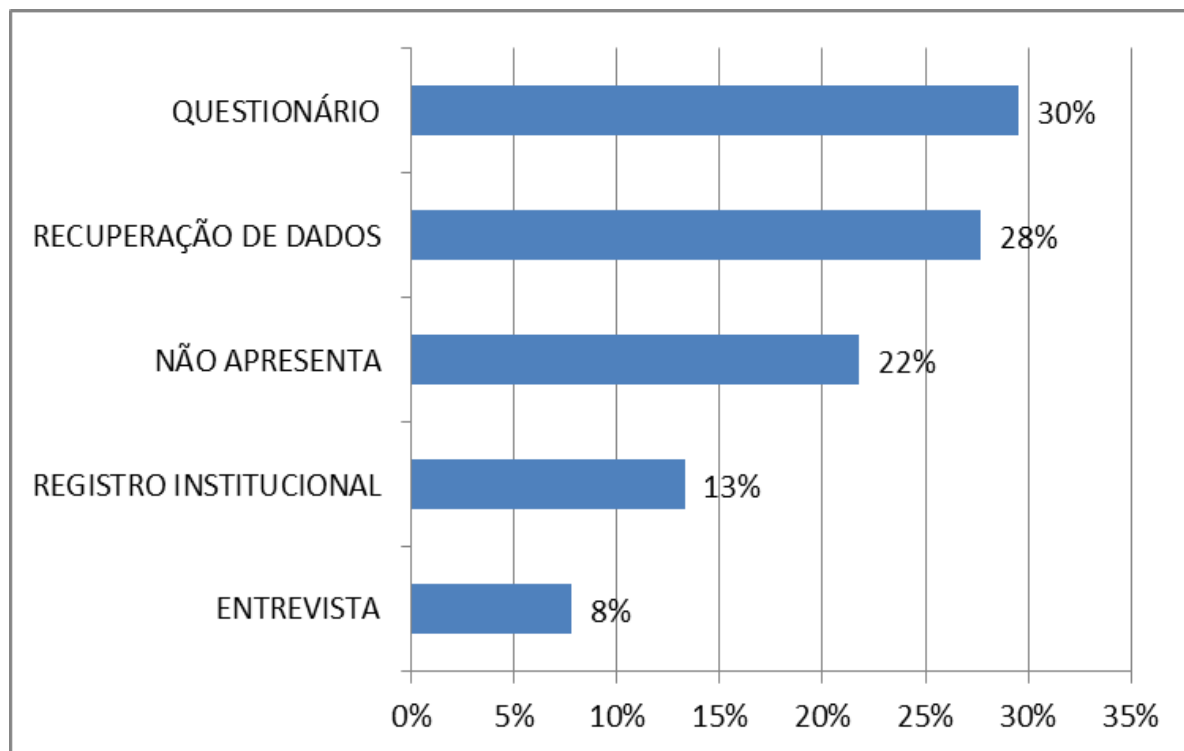


Figura 14 - Percentual de Indicadores na categoria demográfico, segundo forma de coleta, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

Para o gênero, o questionário e entrevista foram utilizados, como também a recuperação de dados. Para obter os dados sobre etnia, os instrumentos utilizados foram questionários respondidos pelos pais ou entrevistas com os usuários. As entrevistas foram realizadas no domicílio ou na escola. O instrumento de coleta utilizado sobre população foi a recuperação de dados.

6.1.3.4.3 Indicadores demográficos quanto as suas fontes de informação

O percentual de indicadores na categoria demográfico, segundo fonte de informação, identificados nos artigos analisados pode ser verificado na Figura 15.

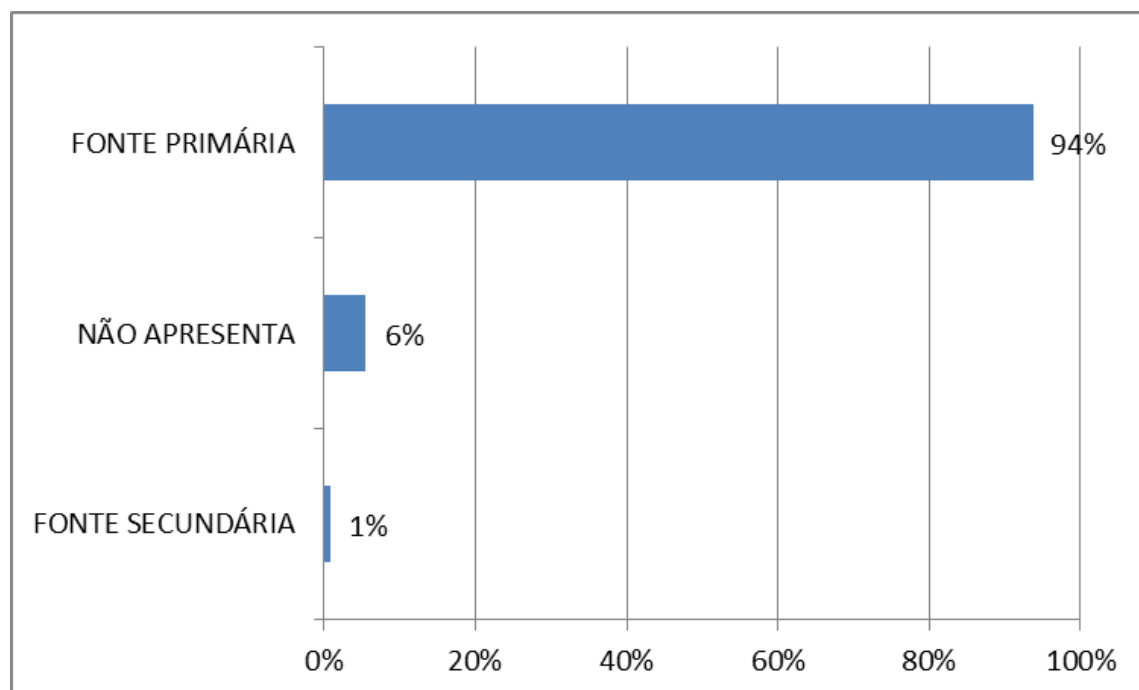


Figura 15 - Percentual de Indicadores na categoria demográfico, segundo fonte de informação, nos artigos analisados na pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia-GO, 2013.

A fonte primária foi utilizada para obtenção de 94% dos indicadores e a secundária em 1%. Para idade/faixa etária, a fonte primária foi o inquérito e como fonte secundária o banco de dados dos Levantamentos nacionais como o SB-Brasil 2003, Censo, PNAD e os locais como o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, a pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) e Inquérito de Saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp) em 2008. O Sistema de informação utilizado foi o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS no DATASUS do Ministério da Saúde (MS).

Para os dados sobre gênero as fontes são semelhantes as da idade/faixa etária. Utilizou-se como fontes primárias os inquéritos com acréscimo como fonte secundária o censo de saúde bucal realizado em 2004 na aldeia indígena no Estado de Mato Grosso.

Para os dados de etnia a fonte de informação primária empregada foi os inquéritos e a secundária os levantamentos como: o inquérito SBBRASIL 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica, o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999. Também foi pesquisado o SIH do DATASUS/MS e CENSO 1991.

As fontes secundárias utilizadas para obter o dado sobre população foram: o IBGE e o DATASUS.

6.1.3.4.4 Indicadores demográficos quanto aos seus propósitos

Poucos estudos trouxeram os propósitos dos indicadores demográficos utilizados. Os apresentados foram dispostos para associar: idade/faixa etária, gênero/sexo e cor da pele com a autopercepção da mastigação (Quadro 58). Um dos estudos relacionou condição periodontal com gênero/sexo.

Boing et al (2013) mencionam que o gênero tem sido explorado como diferenciador de risco a agravos bucais e acesso ao serviço odontológico.

Como também, está comprovado que algumas doenças são mais comuns ou mais frequentes, ou evoluem de forma diferenciada, em determinados agrupamentos humanos raciais ou étnicos, conforme determinadas interações ambientais e culturais associado a questão genética (OLIVEIRA, 2004).

A demonstrada associação da raça/etnia e sexo/gênero com a morbimortalidade é apresentada por Oliveira (2004):

o caráter social e histórico das doenças é amplamente demonstrado através da história de vida das pessoas, e esta está intimamente vinculada ao sexo (ao privilégio ou desprivilégio de gênero); à raça/etnia (à vivência ou não do racismo). Apesar das limitações inerentes ao que se convencionou denominar de classificação racial, é de grande valia uma classificação racial como a brasileira, pois através dela é possível delimitar de que adoece (morbidade) e de que morre a população negra, indicadores fundamentais para políticas de combate ao racismo institucional no aparelho formador, nas instituições e profissionais de saúde, sendo o mesmo válido para outras áreas (OLIVEIRA, 2004, p. 60).

Os propósitos dos indicadores relacionados percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária, de gênero/sexo e etnia, identificados pela pesquisa podem ser observados no Quadro 58. Predominou a utilização destes indicadores para analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal

Quadro 58 – Propósitos dos indicadores percentual de indivíduos segundo idade/faixa etária, gênero/sexo e etnia, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia- GO, 2013.

PROPÓSITO
IDADE/FAIXA ETÁRIA
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo idade/faixa
• Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal • Não apresenta
GÊNERO/SEXO
INDICADOR: Percentual da população segundo gênero/sexo
• Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal • Fator de risco para a doença periodontal • Não apresenta
ETNIA
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo cor da pele autodeclarada
• Analisar a associação de características individuais (fatores demográficos) na autopercepção da mastigação
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo as categorias utilizadas nos recenseamentos promovidos pelo IBGE
• Não apresenta
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo raça
• Não apresenta • Aspectos sociodemográficos
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo raça/cor
• Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo etnia
• Não apresenta
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo grupo étnico
• Fatores individuais • Variável indicativa de acesso e oportunidades a bens e serviços • Não apresenta
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo cor
• Não apresenta
INDICADOR: Percentual de indivíduos segundo tribo
• Não apresenta

Evidenciou-se uma diversidade de indicadores nas quatro categorias elencadas (gestão, condição de saúde bucal, socioeconômico e demográfico).

O que se observou de maneira geral, que existem diferentes denominações, formas de cálculo, instrumento de coleta e fonte de informação de dados, como também, propósito para um mesmo indicador. Neste caso contrariando os requisitos essenciais exigidos aos indicadores, entre eles cita-se: facilmente obtido para diferentes áreas e épocas, ser facilmente calculado a partir de informações básicas (MALETTA, 1992), mensurabilidade, isto é, basear-se em dados disponíveis ou

fáceis de conseguir (RIPSA, 2008), padronização internacional na definição e procedimento empregados no seu cálculo e permitir a comparação entre população e em diferentes períodos (LAURENTI et al, 2005).

Em virtude dos indicadores servirem para comparações entre lugares, grupos ou períodos distintos, pressupõe-se que estes tenham uma padronização da unidade de medida, dos procedimentos metodológicos e dos sistemas de informação (BRASIL, 2007).

A seleção ou construção dos indicadores está na dependência da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região (RIPSA, 2008). E também, é necessário que se conheça o referencial teórico, sobre o qual eles estão fundamentados, a determinação dos critérios a serem empregados na seleção e como os mesmos são calculados (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

6.2 Indicadores de Saúde Bucal nas Diretrizes Governamentais

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde vem instituindo diretrizes governamentais que versam sobre indicadores de saúde, entre eles, os indicadores de saúde bucal, com o propósito de estimular que gestores do Sistema de Saúde incorporem nas suas práticas o monitoramento e a avaliação das ações, bem como propiciar o acompanhamento do desempenho dos serviços.

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa documental identificados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde na seguinte sequência: Saúde bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica, Indicadores de Saúde Bucal - do Pacto pela Saúde ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), Saúde bucal nas publicações sobre indicadores de saúde e a Saúde bucal em foco nos programas ministeriais.

6.2.1 Tipos de Publicações Governamentais

Os tipos de diretrizes governamentais encontradas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde foram: Portarias do Gabinete Ministerial (GM), Decretos, Resoluções, Publicações específicas e Programas (Quadro 59).

Quadro 59 - Características das Diretrizes Governamentais, Ministério da Saúde, analisadas pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

TIPO DE DOCUMENTO	DENOMINAÇÃO	NÚMERO	DATA/ANO
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2000	Portaria GM/MS Nº 12	07/01/2000
PORTARIA MINISTERIAL	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2000	Portaria GM/MS Nº 779	14/07/2000
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001	Portaria GM/MS Nº 723	10/05/2001
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2002	Portaria GM/MS Nº 1.121	17/06/2002
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2003	Portaria GM/MS Nº 456	16/04/2003
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2004	Portaria GM/MS Nº 2.394	19/12/2003
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005	Portaria GM/MS nº 21	05/01/2005
	Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006	Portaria GM/MS nº 493	10/03/2006
	Pacto pela Saúde 2007	Portaria GM/MS Nº 91	10/01/2007
	Pacto pela Saúde 2008	Portaria GM/MS Nº 325	21/02/2008
	Pacto pela Saúde 2009	Portaria GM/MS Nº 48	12/01/2009
	Pacto pela Saúde 2011	Portaria GM/MS nº 3840	07/12/2010
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	Portaria GM/MS Nº 1.654	19/07/2011
RESOLUÇÃO	Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012	Resolução CIT nº 04	19/07/2012
PUBLICAÇÃO ESPECÍFICA	Indicadores e Dados Básicos (IDB) para a Saúde - Brasil	Não se aplica	2000- 2011
	Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Saúde Bucal	Não se aplica	2006
	Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS.	Não se aplica	2012
	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS),	Não se aplica	2011
PROJETO	Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde Brasileiro (PROADESS)	Não se aplica	2003
PROGRAMA	Programa de avaliação para a qualificação do SUS	Não se aplica	2011

FONTE: Ministério da Saúde, 2013. www.saude.gov.br

No Quadro 59 está disposta a caracterização das diretrizes governamentais encontradas na pesquisa documental, que mencionavam sobre indicadores de saúde bucal no período de 2000 a 2012.

As diretrizes governamentais que apresentaram indicadores de saúde bucal foram: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2000 a 2006); os Pactos pela Saúde (2007 a 2012); o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) mencionado na Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 04 (19/07/2012). Outros documentos também, identificados foram: o Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde Brasileiro (PROADESS), o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As publicações específicas foram: os Indicadores e Dados Básicos (IDB) para a Saúde – Brasil (2000 a 2011), o Caderno de Atenção Básica nº 17- Saúde Bucal, o Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012 e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

6.2.2 Saúde Bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Embora tenha sido estipulado o período de 2000 a 2012 para análise das normativas publicadas no site do Ministério da Saúde, é importante destacar a edição do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, editado em 1998 definindo os indicadores para 1999, porque este constituiu-se no marco inicial da série destes Pactos.

Um breve histórico revela que com o objetivo de orientar gestores municipais do SUS no processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica, o Ministério da Saúde formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre os três entes federados. O Pacto tem como propósito ser um instrumento de negociação formal entre estes entes, apresentando metas a serem alcançadas e indicadores de saúde previamente acordados, entre eles os indicadores na área da saúde bucal. Diante disto, Medina (2002) define que:

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é um instrumento jurídico normativo, definido e regulamentado por Portaria Ministerial, que estabelece como responsabilidades dos municípios e estados o cumprimento de metas acordadas entre os três níveis de gestão, em

relação a um elenco mínimo de indicadores adotados para avaliação da atenção básica em saúde (MEDINA, 2002, p.4).

Medina (2002) menciona ainda que, a primeira normativa a definir o elenco de indicadores foi a Portaria GM/MS n.º 3925 de 13/11/1998. Esta Portaria aprovou o manual para a organização da Atenção Básica e definiu um indicador de saúde bucal para ser acompanhado pela atenção básica para o ano de 1999: cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos. O seu método de cálculo é apresentado no Quadro 60. Para o cálculo deste indicador observou-se a discriminação dos procedimentos individuais e dos coletivos e nas diferentes faixas etárias.

Destaca-se que o indicador estabelecido para o período de 1999 a 2001 era exclusivo para a faixa etária de 0 a 14 anos. Este indicador coincide com a prática excludente que perdurou por muito tempo no país. A assistência odontológica pública era dada, prioritariamente, aos escolares (NARVAI et al, 2006) e incluindo nesse caso, também as crianças, e, ao restante da população, era oferecido o atendimento por livre demanda (PINTO, 2008), onde frequentemente adultos e idosos tinham acesso somente aos procedimentos mutiladores.

Quadro 60 - Indicadores de Saúde Bucal no Pacto de Atenção Básica 1999, identificado pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA – 1999		
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL		MÉTODO DE CÁLCULO
Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos.		Procedimentos Coletivos - número de crianças de 0 a 4 anos atendidas / população total de crianças de 0 a 4 anos x 100.
		- Procedimentos Individuais - número de crianças de 0 a 4 / população total de crianças de 0 a 4 anos x 100.
		- Procedimentos Coletivos - número de crianças de 5 a 14 anos atendidas / população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.
		- Procedimentos Individuais - número de primeiras consultas em crianças de 5 a 14 / população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.

FONTE: PACTO DE INDICADORES 1999 - Portaria GM/MS n.º 3925 de 13/11/1998.

Lacerda (2004) acrescenta ainda que

A atenção e a assistência odontológica prestada pelo setor público no Brasil priorizaram quase que exclusivamente os escolares de seis

a 12 anos de idade, exceto algumas experiências municipais isoladas onde a atenção à saúde foi direcionada para outras faixas etárias da população. Ações pontuais e, na grande maioria das vezes, centradas na assistência reparadora ou mutiladora, ofertadas à população adulta ao longo da história das políticas públicas no Brasil não sofreram alterações significativas após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Entre outros aspectos, ele estabelece os princípios de universalidade, integralidade e equidade. (LACERDA, 2004, p. 454)

A comparação dos indicadores de saúde bucal na série histórica dos Pactos entre 1999 e 2006 pode ser visualizada no Quadro 61.

Ao analisar os indicadores de saúde bucal dispostos na série dos Pactos de Indicadores da Atenção Básica, observa-se que desde a sua instituição, com a edição da Portaria nº 3.925 em 1998, poucas mudanças ocorreram no rol destes indicadores. Houve a exclusão de alguns iniciais ao longo do tempo.

Medina (2002) destaca que no período entre 1999 a 2003, o Pacto foi progressivamente sendo firmado pelas unidades da federação e municípios.

O processo de pactuação foi apresentando alterações, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados para avaliação (MEDINA, 2002). Entretanto, no campo da saúde bucal as mudanças nos indicadores ocorreram somente em 2002. Entre 2003 e 2006, os Pactos foram estabelecidos pelas Portarias específicas, porém o conjunto de indicadores da saúde bucal manteve-se inalterado neste período.

Observa-se, a partir do Quadro 61, que até 2001 a manutenção do mesmo indicador reflete um cenário no qual praticamente não era enfatizado o monitoramento das ações e serviços odontológicos prestados nesta área. Somente a partir de 2002 novos indicadores foram incorporados para o monitoramento das ações em saúde bucal.

Observa-se também que, mesmo com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, não foram apresentados novos indicadores para os Pactos de 2004 e 2005, demonstrando que a saúde bucal ainda requeria esforços, discussões e pactuações para avançar em propostas adequadas para avaliar a atenção básica.

Quadro 61- Indicadores de saúde bucal no Pacto de Atenção Básica, 1999 a 2006, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos.	X	X	X					
Cobertura de primeira consulta odontológica				X	X	X	X	X
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos				X	X	X	X	
Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais				X	X	X	X	
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada								X
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais								X
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais								X

FONTE: Pacto de Indicadores da Atenção Básica 1999 a 2006.

Identificou-se, ao longo do tempo, que Portarias Ministeriais vieram reafirmar a característica do Pacto como um instrumento legal de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica.

No Pacto de indicadores podem ser encontrados: o elenco de indicadores mínimos a serem adotados nacionalmente por municípios e estados; as normas técnicas para o cálculo e obtenção dos indicadores; e os prazos e fluxos do processo de pactuação em nível nacional (MEDINA, 2002).

A Portaria GM/MS nº 779 de 17/07/2000 descreveu que o indicador concentração dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos reflete o grau de alcance das ações de prevenção de agravos dentários na população definida. A forma de cálculo deste indicador é realizada dividindo-se o número de procedimentos odontológicos coletivos pela população de 0 a 14 anos. Esta portaria indicou que este pode ser empregado para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde bucal. E ainda, apresentou que este

indicador tem como limitação as inconsistências nos registros dos procedimentos realizados no Boletim de Produção Ambulatorial – SIA-SUS.

Na análise dos Pactos destaca-se que o indicador de cobertura de procedimentos coletivos sofreu duas mudanças ao longo do tempo: a forma de cálculo e a denominação. Para o cálculo deste indicador, a partir de 2000, não se discriminava mais por procedimentos coletivos e individuais e também não se calculava por diferentes faixas etárias. Em 2002 passou a denominar razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.

Uma das modificações implantadas no processo de pactuação dos indicadores aconteceu em 2002. Na Portaria nº 1.121 (17/07/2002) os indicadores do Pacto da Atenção Básica passaram a ser denominados, segundo o tipo de pactuação, em principais, os de pactuação obrigatória; e em complementares, os de pactuação opcional. Apesar de estes últimos serem opcionais, deviam ser monitorados pelos gestores (BRASIL, 2008c).

No Pacto de 2002, o indicador de saúde bucal que até então prevalecia ao longo dos anos foi substituído por três novos indicadores. Dois indicadores considerados como principais: cobertura de primeira consulta odontológica e razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos. Um indicador complementar: proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

6.2.3 Indicadores de Saúde Bucal - Do Pacto pela Saúde ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde publica as diretrizes do Pacto pela Saúde para a consolidação do SUS por meio da Portaria GM nº 399 (22/02/2006). Estas diretrizes contemplam o Pacto com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão firmado entre os três níveis de gestão. Assim, este Pacto estabeleceu novas formas de relação e negociação entre gestores do SUS.

Para regulamentação deste Pacto, a Portaria GM/MS nº 399 (22/02/2006) aprovou as diretrizes operacionais do referido Pacto e a Portaria GM/MS nº 699 (30/03/2006) regulamentou a implementação das diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e

de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. Porém, a unificação total destes processos ocorreu somente no ano de 2007 (MEDINA, 2002).

No Pacto pela Vida foram elencadas áreas prioritárias que impactam sobre a situação de saúde da população. Os gestores devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Uma das seis prioridades elencadas neste Pacto é o fortalecimento da Atenção Básica e é dentro desta prioridade que se encontram os indicadores de saúde bucal (Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006).

No Quadro 62 verifica-se o rol de indicadores de saúde bucal e a sua evolução desde o Pacto pela Saúde até o COAP.

No recorte de tempo, entre 2007 a 2012, com exceção do ano de 2010, nota-se que houve mudanças marcantes nos indicadores de saúde bucal instituídos pelo Ministério da Saúde. Novos indicadores foram incorporados enquanto que outros foram excluídos (Quadro 62).

Bordin e Fadel (2012) afirmam que:

Especificamente para o campo da Odontologia, o Pacto pela Saúde expressa sua relevância no processo de avaliação e monitoramento de programas e serviços da Atenção Básica, pela inclusão de indicadores de saúde bucal: *Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada*, por meio da Portaria GM/MS nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Desta forma, como importante subsídio para o processo de organização e planejamento dos serviços públicos no Brasil, esses indicadores revelam-se essenciais para o fortalecimento da saúde bucal na Atenção Básica. (BORDIN, FARDEL, 2012, p. 306)

É importante ressaltar que, em 2009, editou-se a Portaria nº 2.669 (03/11/2009) com o rol de indicadores do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011 nas diversas áreas prioritárias, entretanto não constava na lista nenhum indicador de saúde bucal. Somente no final de 2010, com a edição da Portaria nº 3.840, (07/12/2010), a saúde bucal foi incluída no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e esta estabeleceu as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para

o ano de 2011. Nesta Portaria foram instituídos os seguintes indicadores de saúde bucal para acompanhar as ações de fortalecimento da atenção básica: cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Quadro 62 - Evolução dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Saúde ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no período de 2007 a 2012, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, entre 2000 e 2012, Goiânia - GO, 2013

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	PACTO PELA SAÚDE				PACTO SAÚDE/ COAP	COAP
	2007	2008	2009	2011	2012	2012
Cobertura de primeira consulta odontológica	X	X	X			
Cobertura da ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada"	X	X*	X*	X*	X*	X
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	X					
Cobertura populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família				X	X	X
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.						X
Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde						X
Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região						X

FONTE: Pacto pela Saúde 2007 a 2010, Resolução nº 04/2001 e Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012.

* Indicador preconizado pelo Pacto de Atenção Básica de 2006 denominado Cobertura da ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionado, em 2008 passou a denominar Média Anual Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

** Em 2001 com a Portaria 3.840/2010 o indicador passa a ser registrado como média da ação coletiva Escovação Dental Supervisionado.

Desta forma, em virtude da Portaria nº 3.840 ter sido publicada no final de 2010 (07/12/2010) com a proposta de indicadores de saúde bucal e metas para o ano de 2011, não foram apresentados indicadores de saúde bucal no Pacto pela Saúde de 2010 (Quadro 62).

Em junho de 2011 foi editado o Decreto nº 7.508 (28/06/2011), o qual regulamenta a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este Decreto teve como propósito tornar as relações interfederativas mais transparentes, com maior segurança jurídica e maior controle social. Neste Decreto ficou definido que as relações interfederativas para a organização da rede de atenção à saúde serão firmadas por meio do COAP. Desta maneira, este contrato veio substituir o Pacto pela Saúde.

Enquanto se aguardava a finalização do processo de reorientação das pactuações, em agosto de 2012, publicou-se a Resolução CIT nº 04 (19/07/2012) que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Nesta resolução estão contidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para 2012.

Na Resolução CIT nº 04, os indicadores do COAP são classificados em: universais; específicos e complementares. Esta Resolução definiu que os universais correspondem aos indicadores que são referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. Os específicos são referências para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas. E os complementares são os indicadores, que conforme as necessidades locais servirão de referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, conforme as prioridades de cada ente federativo, dispostas nos seus planos de saúde.

Os indicadores de saúde bucal utilizados na Transição do Pacto pela Saúde e COAP para o ano de 2012 com objetivo de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde foram: média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

Neste momento, vê-se o ressurgimento de incorporar indicadores que acompanham o quão mutilador tem sido a assistência odontológica. Observa-se a incorporação do indicador “proporção de exodontia em relação aos procedimentos”. Este indicador

assemelha-se ao indicador “proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais” que fazia parte da lista de indicadores do Pacto da Atenção Básica até 2006 e que havia sido excluído com o Pacto pela Saúde.

Verificou-se com o COAP, a manutenção de indicadores do Pacto pela Saúde e a incorporação de dois novos e diferentes indicadores que contemplam a saúde bucal relacionados a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e necessidades dos serviços da região de saúde; e proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.

O Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012 traz a informação de que estes indicadores têm como propósito contribuir com a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

6.2.4 Indicadores de Saúde Bucal nas Publicações do Ministério da Saúde sobre Indicadores de Saúde

As publicações encontradas no site do Ministério da Saúde sobre indicadores de saúde que abordam indicadores de saúde bucal foram: o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) – Brasil, o Caderno de Atenção Básica nº 17 e o Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012 e que serão apresentadas a seguir. No Quadro 63 estão dispostos os indicadores apresentados no IDB e IDSUS.

Quadro 63 - Publicações do Ministério da Saúde com indicadores de saúde bucal, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia- GO, 2013

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	IDB	IDSUS
Índice CPOD aos 12 anos*	X	
Proporção de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceod=0	X	
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal		X
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada		X
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos		X

FONTE: Ministério da Saúde, 2013

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica, nº 17 que versa sobre saúde bucal. Nesta publicação os indicadores para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referente à atenção básica correspondiam aos propostos no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2006, já descritos no Quadro 61, sendo eles: cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

O Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012 traz os indicadores de saúde bucal descritos na Resolução CIT nº 04 (Quadro 62).

6.2.4.1 Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) - Brasil

Fruto de um trabalho conjunto de parcerias das várias instituições que integram a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), são publicados desde 1997, os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) – BRASIL (RIPSA, 2008). Esta parceria formalizada em 1996, por Portaria Ministerial (Portarias nº: 2390/96, 820/97 e 443/2000) e por acordo de cooperação com a OPAS em 1997, a RIPSA vem promovendo a disponibilidade de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (RIPSA, 2008).

Verificou-se no site do DATASUS que estes indicadores destinados a avaliar as condições de saúde no Brasil são disponibilizados em seis categorias: 1) demográficos, 2) socioeconômicos, 3) mortalidade, 4) morbidade e fatores de risco, 5) recursos e 6) cobertura (RIPSA, 2008). Entretanto, a partir de 2009 a quarta categoria de indicadores (morbidade e fatores de risco) foi convertida em duas novas categorias: indicadores de morbidade e indicadores de fatores de risco e proteção, resultando, desta forma, sete categorias.

Em consulta a série histórica dos IDB desde 1997, no site do DATASUS, observou-se que os indicadores de saúde bucal dispostos nesta publicação (Índice CPOD aos 12 anos e proporção de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceod=0) são, especificamente, indicadores epidemiológicos e estes são encontrados dentro da categoria de indicadores de morbidade e fatores de risco (denominação até 2008) e indicadores de fatores de risco e proteção (denominação a partir de 2009), conforme Quadro 64.

Quadro 64 - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) – BRASIL de 2000 a 2011, analisados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia - GO, 2013.

ANO	CATEGORIA	Índice CPOD aos 12 anos*	Proporção de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceod=0
2000	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2001	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2002	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2003	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2004	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2005	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2006	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2007	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2008	MORBIDADE E FATORES DE RISCO	X	X
2009	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	X	X
2010	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	X	X
2011	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	X	X

FONTE: BSV BRASIL, RIPSA, 1997 A 2011

Diante dos indicadores epidemiológicos da área da saúde bucal expostos pela RIPSA, ao longo dos anos, pode-se observar uma participação tímida desta área quando se pensa em estudar as condições de saúde de uma população. Na categoria de indicadores de mortalidade pode-se encontrar o indicador mortalidade proporcional por grupos de causas e neste identifica-se as informações relacionadas ao câncer de orofaríngeo, um dos principais problemas de saúde pública no país.

Barata (2008) afirma que as condições de saúde de uma população são reflexos de uma gama de fatores relacionados com o modo de viver das pessoas. Nesta concepção, as condições de saúde referem-se ao estado de saúde como também aos principais problemas de saúde, onde o estado de saúde incluem tanto os aspectos relacionados a saúde entre eles os comportamentos, hábitos, percepção

da saúde como os agravos e doenças em uma população ou indivíduos (BARATA, 2008).

Desta forma, outros indicadores no campo da saúde deveriam ser adicionados a matriz proposta pela Ripsa. Novos indicadores a ser acrescentados aos já existentes, como por exemplo, indicadores relacionados à vigilância em saúde (agravo e doenças). Dentre os de agravo incluir o de traumatismo e fluorose, como também deveriam ser incorporados os da categoria: comportamentos e hábitos.

Destaca-se ainda, que nesta publicação há uma deficiência de indicadores de saúde bucal na categoria de gestão dos serviços (cobertura e recursos). Indicadores de oferta e de cobertura dispostos nas diretrizes governamentais como a cobertura de primeira consulta programática, cobertura da ação coletiva "escovação dental supervisionada" e "cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família", entre outros poderiam compor este rol de indicadores.

6.2.4.2 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Os índices e indicadores têm sido empregados para avaliação nos diversos setores públicos e, por conseguinte, na efetivação de melhorias nas políticas de educação, moradia e bem estar dos cidadãos (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde vem percebendo a necessidade de definir parâmetros objetivos, que norteiam os investimentos no SUS por parte do Estado brasileiro e desta forma, contribuir para uma prestação de serviços públicos de saúde adequados e efetivos (BRASIL, 2011a).

No ano de 2011, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, o Ministério da Saúde instituiu o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) pactuado de forma tripartite entre gestores da saúde dos municípios, estados e governo federal, como um importante recurso para a formulação e execução de políticas públicas de saúde.

No intuito de desenvolver uma política de monitoramento e avaliação para o Sistema Único de Saúde, o IDSUS tem como objetivo:

Avaliar o desempenho do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios: universalidade do acesso, integralidade da atenção, equidade e de suas diretrizes: regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite (BRASIL, 2011a, p.8).

Com este índice avalia-se o desempenho dos municípios tanto no nível de atenção básica quanto secundária. Os indicadores apresentados para avaliar a Atenção Básica compõem duas dimensões: indicadores de acesso potencial da Atenção Básica e indicadores de efetividade da Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Na área da saúde bucal, o IDSUS apresenta dois tipos de indicadores: os simples e os compostos.

Os três indicadores simples são: cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; proporção de exodontia em relação aos procedimentos e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e os dois compostos: índice de atenção à saúde bucal (“cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal”; “proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e “média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”) e índice da Atenção Básica (“cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde”, “índice de atenção à saúde bucal”, “proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal” e o índice de efetividade da atenção básica) (BRASIL, 2011a).

6.2.5 Indicadores de Saúde Bucal nos Programas Ministeriais

O Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, instituindo programas com o intuito de orientar o desenvolvimento de ações em áreas específicas ou nos ciclos de vida como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, entre outros. Programas que orientam o processo de monitoramento e avaliação das ações e desempenho do sistema de saúde também foram propostos.

Os indicadores de saúde bucal apresentados nas publicações ministeriais estão dispostos no Quadro 65.

Os programas identificados na pesquisa documental foram: o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, o Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde Brasileiro (PROADESS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Quadro 65 - Indicadores de Saúde Bucal nos Programas Ministério da Saúde, identificados pela pesquisa sobre indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2012, Goiânia GO, 2013.

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS	PROADESS	PMAQ
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X		X
Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	X		
Consulta odontológica definição- Percentual de pessoas que foram ao dentista nos últimos 12 meses		X	
Percentual de pessoas que nunca foram ao dentista		X	
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada			X
Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante			X
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas			X
Média de instalação de próteses dentárias			X
Média de atendimento de urgência odontológica por habitante			X
Taxa de incidência de alterações da mucosa oral			X

FONTE: PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS, PROADESS, PMAQ

6.2.5.1 Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

Publicado em 2011, o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde tem como meta avaliar o desempenho do SUS considerando as suas várias esferas de gestão com o objetivo de aperfeiçoar o SUS e subsidiar os gestores na tomada de decisões, para aumentar a qualidade do sistema e consequentemente a defesa e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O Programa sugere que no desempenho do sistema devem-se avaliar os aspectos relativos ao acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim como

a satisfação dos usuários. Na área da saúde bucal são apresentados os seguintes indicadores: cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família. Verifica-se que dos indicadores propostos, o primeiro, resgata o indicador que estava presente no Pacto pela Saúde de 2009 e o segundo indicador o do Pacto de 2011.

Para avaliar a qualidade da assistência odontológica no SUS este Programa sugeriu somente os indicadores na categoria acesso. Indicando que para avaliar a qualidade dos serviços a seleção de indicadores unidimensional é suficiente, desconsiderando neste caso medida que analisam outros aspectos importantes para qualificação do SUS.

Desta maneira, para a gestão dos serviços de saúde bucal pode-se considerar que o indicador definido neste programa é insuficiente para dar as respostas necessárias para a tomada de decisão pelo fato de utilizar uma medida de acesso, o que mede somente o princípio da universalidade.

6.2.5.2. PROADESS - Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde Brasileiro

O PROADESS é um projeto proposto para a avaliação do desempenho do sistema de saúde criado em 2001 e embasado em uma proposta canadense sob a ótica da equidade. Neste Projeto, considera-se que este desempenho depende da estrutura do sistema (arquitetura e funcionamento), bem como dos determinantes sociais, políticos e econômicos e que a estrutura do sistema deve ser capaz de atender as necessidades de saúde (VIACAVA et al, 2012).

Para monitorar as desigualdades em saúde e o acesso aos serviços de saúde propõe-se a utilização de uma matriz de indicadores no PROADESS. Esta matriz apresenta indicadores nas seguintes dimensões e suas subdimensões: determinantes de saúde (ambientais, socioeconômicos, comportamentais e biológicos); condições de saúde da população (morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade); e sistema de saúde (estrutura - financiamento e recursos e

desempenho - efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança) (VIACAVA et al, 2004).

No PROADESS o acesso é compreendido como a “capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo”. Os indicadores de saúde bucal estão contidos na dimensão desempenho dos serviços e definidos na subdimensão acesso, sendo eles: consulta odontológica e percentual de pessoas que nunca foram ao dentista.

Analisando o PROADESS, com os demais programas apresentados, este mostra-se como uma das propostas mais ampliada de avaliação de desempenho do sistema e serviços de saúde até então indicada pelo Ministério da Saúde. Isto se deve pelo fato deste programa englobar indicadores de três importantes dimensões: determinantes de saúde, condição de saúde e sistema de saúde. O princípio da equidade perpassa transversalmente em todas as dimensões. Pode-se considerar que os demais princípios do SUS como a universalidade estão representados nesta proposta quando se fala na subdimensão acesso, enquanto a integralidade é identificada nas subdimensões: efetividade, continuidade e adequação.

Uma proposta metodológica de avaliação de desempenho dos serviços deve conter elementos que favoreçam a análise dos cumprimentos dos princípios fundamentais do SUS para que o gestor venha fortalecer este sistema. Quando se caminha para o campo da saúde bucal, os indicadores propostos aparecem somente na subdimensão acesso, demonstrando novamente a insuficiência de indicadores neste campo para dar conta de responder aos princípios fundamentais tão almejados do SUS.

6.2.5.3 PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica

Preocupado com a garantia de uma atenção em saúde acessível e com qualidade, o Ministério da Saúde tem estimulado a gestão pública a realizar a avaliação e monitoramento dos processos e resultados, para garantir o acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2012b). Desta forma, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído

pela Portaria nº 1.654/2011 (19/07/2011), é resultante de um processo de pactuação das três esferas de gestão do SUS. O objetivo deste programa é proporcionar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica de saúde, tendo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior efetividade na consolidação das ações governamentais (BRASIL, 2012b).

O município, por meio das suas equipes de atenção básica e gestão municipal, fazem a adesão ao programa e assume o compromisso e a contratualização de indicadores da seguinte natureza de uso: desempenho e monitoramento (BRASIL, 2012b).

Na área de saúde bucal os quatro indicadores de desempenho são: média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante e razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Os três indicadores de monitoramento são: média de instalação de próteses dentárias, média de atendimento de urgência odontológica por habitante e taxa de incidência de alterações da mucosa oral (BRASIL, 2012b).

Neste programa, verifica-se que novos indicadores foram incorporados. Este define que todos esses indicadores auxiliam no processo de planejamento das equipes e na gestão das ações e políticas públicas cada qual com a sua especificidade (BRASIL, 2012b).

No PMAQ, a média de escovação dental está associada às ações de prevenção, promoção e autocuidado realizadas pelas equipes de saúde bucal. E ainda, a primeira consulta, incluindo à da gestante, contribui para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico (BRASIL, 2012b).

No referido programa, a razão entre os tratamentos concluídos e as primeiras consultas indica a resolutividade do atendimento da equipe. A instalação de prótese está relacionada à capacidade reabilitadora oferecida pelo sistema aos usuários. Avaliar a demanda da urgência auxilia as equipes a planejar, em curto prazo, no

processo de trabalho a adoção do acolhimento e em longo prazo, a prevenção da demanda de urgência com atendimento programático. O monitoramento das alterações da mucosa oral por meio de indicadores é importante para identificar possíveis lesões com potencial de malignização (BRASIL, 2012b).

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, reforçou a necessidade da integração da saúde bucal no contexto da Atenção Básica (ALCARDE, 2010).

O planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações, bem como os indicadores de saúde bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica passam a constituir ferramentas primordiais para consolidar e organizar a saúde bucal neste contexto (BRASIL, 2006a).

Em 2006, mediante as propostas do Pacto de Atenção Básica, importantes indicadores de saúde bucal foram pactuados por estados e municípios para o monitoramento das ações, seu emprego e metas nesta área. Em 2007, o Pacto pela Saúde (Portaria nº 91) unificou o Pacto pela Atenção Básica e aqueles dos demais níveis de complexidade.

6.3 Triangulação de Fontes

A triangulação de fontes foi realizada entre a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. Ao correlacionar os indicadores apresentados nos artigos científicos com os das diretrizes governamentais vários apontamentos podem ser feitos.

Foram identificados vários indicadores que constavam tanto nos artigos científicos como nas publicações governamentais e estes serão apresentados a seguir.

O indicador “razão entre os procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14” está entre um deles e este também consta no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2002 a 2006.

Quanto a sua forma de cálculo os referidos Pactos descrevem que este é calculado da seguinte forma: média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos, (bochechos, fluorados, escovação supervisionada, ações educativas, etc) em determinado local dividido pela população de 0 a 14 anos de

idade, no mesmo local e período. Porém, o único estudo que contém este indicador menciona que este corresponde ao número de procedimentos odontológicos coletivos per capita na população de zero a 14 anos de idade, mas não os especifica.

Quanto ao propósito, os Pactos dispõem que esse pode ser utilizado para subsidiar na gestão das políticas e ações, como também para avaliar necessidade de ampliação das ações preventivas. No artigo não foi mencionado o seu uso.

Outro indicador apresentado foi a “cobertura de primeira consulta odontológica” que está entre os indicadores das diretrizes documentais mais frequentes nos artigos científicos. Este indicador é encontrado nos Pactos de Atenção Básica de 2002 a 2006, Pactos pela Saúde 2007 a 2009, no Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e no PMAQ.

Quanto a sua forma de cálculo é preconizada nestes documentos como o número total de primeiras consultas odontológicas realizadas em determinado local e período dividida pela população no mesmo local e período multiplicado por 100. Ressalta-se que nos programas este indicador passou a ser denominado de cobertura de primeira consulta odontológica programática, mas sua forma de cálculo permaneceu inalterada. No cálculo também deste indicador não são incluídas as consultas de urgência e emergência. Não houve divergência quanto a forma de cálculo apresentada nos estudos.

Quanto ao propósito, os documentos descrevem que esse indicador é utilizado para avaliar o acesso como também contribuir no planejamento de ações e políticas públicas. Diferente dos artigos, em que este indicador foi proposto para informar em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde públicos pela população, acesso da população em geral à assistência odontológica individual, oferta de serviços, Indicador de acesso à detecção ou diagnóstico precoce. Também, foi identificado na dimensão “utilização de serviços (cobertura real)”.

O indicador cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada também identificado nos estudos estão dispostos nas seguintes diretrizes ministeriais: Pacto da Atenção Básica 2006 e Pactos pela Saúde 2007 a 2010, Transição do Pacto pela

Saúde ao COAP e no COAP. No IDSUS e PMAQ foi encontrado com a denominação de média de escovação dental supervisionada.

Quanto a forma de cálculo deste indicador esta foi semelhante nos estudos e documentos: média anual de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período dividida pela população total no mesmo local e período multiplicado por 100.

Quanto ao propósito, nos estudos este é apresentado como indicador que expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental como também a utilização dos serviços. Nas diretrizes foi disposto que este indicador pode ser utilizado tanto para o monitoramento do grau de acesso da população à prevenção de doenças bucais, como no planejamento de ações e políticas. No COAP este indicador tem o propósito de garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.

A cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal no PSF é mais um dos indicadores e está presente também no Pacto pela Saúde de 2010, Transição do Pacto pela Saúde ao COAP e no COAP, no IDSUS, no Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. O COAP menciona que este indicador tem o propósito de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. No IDSUS seu uso é para analisar a disponibilidade de profissionais de saúde bucal. Nos artigos não foram discriminados os seus propósitos.

O indicador razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica foi identificado nos estudos. Este apresenta-se no Pacto da Atenção Básica de 2002 a 2006, no COAP e no IDSUS. Nos artigos este tem como propósito mostrar o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal. Pelo IDSUS o uso deste é para apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal. No COAP é para garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.

Os dois indicadores “proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais” e “proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais da Atenção Básica (SIA-SUS)” presentes no Pacto de Indicadores de 2006 a 2007 também foram encontrados nos estudos.

A média de atendimento de urgência odontológica por habitante, porcentagem de pessoas que foram ao dentista nos últimos meses ou percentual dos que nunca foram ao dentista, estes dois últimos indicadores do PROADESS foram pouco frequentes nos estudos.

Indicadores presentes no PMAQ como: razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante e a média de instalação de próteses dentárias, não foram identificados nos estudos. A inexistência destes indicadores propostos no PMAQ nas publicações relaciona-se ao fato deste programa ter sido publicado mais recentemente.

Quando apresentadas, as formas de cálculo dos indicadores foram semelhantes nos artigos e documentos. A maioria dos indicadores coincidentes nas pesquisas bibliográfica e documental tiveram seus propósitos apresentados, porém com pouca similaridade.

7 CONCLUSÕES

Os indicadores encontrados nos artigos científicos (n=221) localizados nas bases de dados e analisados neste estudo foram categorizados em condição de saúde bucal, socioeconômicos, demográficos e gestão, onde estes últimos emergiram em 34% (n=76) destes. Demonstrando um resultado expressivo de artigos apresentando indicadores relacionados com a gestão (oferta, demanda e desempenho dos serviços).

Para a gestão é de fundamental importância a utilização de indicadores de distintas naturezas. Assim, os indicadores de condição de saúde fundamentam a priorização das ações e os socioeconômicos e demográficos auxiliam na definição de estratégias que propiciem a busca pela equidade, princípio fundamental no SUS.

Quanto a institucionalidade dos autores, a grande maioria dos estudos 83% (n=184) são oriundos de instituições de ensino e pesquisa, e 1% (n=2) exclusivamente dos serviços de saúde. Verificou-se a participação do serviço juntamente com a academia em 14,5% dos artigos (n=32). A tímida participação de autores oriundos do serviço na publicação de artigos científicos contrapõe-se a expressiva produção de dados pelos serviços de saúde. Cabe analisar as formas de estímulo à capacitação dos profissionais para publicação e o papel da academia quando da análise e divulgação das informações produzidas, pactuando autorias, necessidades e pertinência das análises.

Houve uma grande variação quanto aos periódicos que publicam artigos desta natureza com uma maior concentração a partir do ano de 2009, correspondendo a efetivação do Pacto pela Saúde quando se estabeleceu a necessidade de acompanhamento e avaliação das ações pela gestão.

Observou-se uma falta de padronização e parâmetros confiáveis para avaliação dos serviços de saúde bucal. Diversos modelos de avaliação de serviços foram encontrados na literatura analisada o que dificulta àqueles que atuam na gestão a opção por um desses modelos e a comparação entre diferentes serviços.

Foi possível classificar os indicadores encontrados nas publicações nas seguintes dimensões e subdimensões: gestão – 3 dimensões e 27 subdimensões; condição de saúde bucal – 3 dimensões e 11 subdimensões; socioeconômico – 25 dimensões; e demográficos – 10 dimensões. Há uma grande variação dos aspectos mensurados pelos indicadores encontrados nos artigos o que mais uma vez demonstra a necessidade de que mais estudos sejam conduzidos no sentido de permitir padronizações e criação de parâmetros analíticos para a gestão.

Identificou-se uma grande variedade de indicadores e diferentes formas de cálculo, instrumento de coleta e fonte de dados/informação, bem como, diferentes denominações para indicadores semelhantes.

Os artigos científicos apresentam denominações variadas para os dados e informações sobre indicadores. Foram encontrados termos como: variáveis, características, fatores entre outros. O que demonstra a necessidade de padronização na utilização dos diferentes termos relacionados ao tema indicador na área da saúde. A deficiente apropriação do uso de indicadores na prática dos serviços pode dificultar a compreensão do que vem a ser indicadores de saúde.

A descrição dos aspectos metodológicos dos indicadores permitiu a sistematização dos procedimentos descritos nos diferentes artigos, o que veio a contribuir com o conhecimento a cerca do tema e que possibilitou a utilização destes indicadores na prática diária da gestão.

As informações que estão sendo consideradas como indicadores nas publicações nem sempre trazem com clareza fonte e método de coleta. Não permitindo a replicação de estudos e dificultando a utilização tanto pelos gestores quanto pelos profissionais que se encontram na execução das ações, os quais desempenham também no nível local as funções de planejamento e gestão.

Quanto aos propósitos dos indicadores, destaca-se que a maioria dos estudos não trouxe esta informação e diferentes propósitos foram apresentados para um mesmo indicador. A deficiência de informações a respeito dos propósitos dificulta tanto a compreensão, a seleção desses como a aplicabilidade dos resultados encontrados. O esforço para coleta e análise de dados só se justifica quando se tem clareza nos propósitos destes procedimentos.

Os documentos governamentais que apresentam diretrizes sobre indicadores em saúde bucal foram identificados em: programas, projetos, dispositivos legais e publicações específicas. Estes documentos trouxeram indicadores importantes para a gestão em saúde bucal, porém, ainda insuficientes, uma vez que não foi possível identificar uma proposta de modelo de avaliação em saúde bucal, bem como de indicadores que avaliem as ações de promoção da saúde que atenda às necessidades em nível nacional ou que permita a comparação entre as diferentes localidades e serviços.

Após análise no sítio eletrônico do Ministério da Saúde ao longo destes 12 anos, considerando a área de saúde bucal, é importante mencionar: predominaram os indicadores relacionados com a atenção básica, com exceção ao PMAQ que instituiu indicador da atenção secundária (encaminhamentos para a atenção secundária); poucas mudanças ocorreram nos indicadores, com exceção no ano de 2011 e pouca ênfase foi dada à seleção dos indicadores associados aos princípios do SUS.

Além dos indicadores usuais identificados na literatura, existem diversas informações importantes para a gestão, porém não são indicadores. Demonstrando que os indicadores recomendados não são suficientes para as informações que a gestão necessita para a tomada de decisão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A significativa melhora das condições de saúde bucal da população brasileira ao longo dos anos tem sido objeto de pauta (discussão e apreciação) no mundo da academia, serviço e inclusive na mídia.

O destaque dispensado a saúde bucal traz como exigência a avaliação das políticas implementadas, bem como, da oferta e demanda dos serviços dispensados a e pela população, respectivamente.

A análise dos indicadores socioeconômicos e demográficos, como renda, escolaridade, aglomerado no domicílio, tipo de escola e moradia utilizado no campo da saúde bucal demonstram a importância da relação desta com os determinantes sociais de saúde.

A sistematização do monitoramento e avaliação do trabalho permite avaliar as ações e, desta forma, verificar se estas conseguem atingir de forma mais precisa os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Um detalhe importante ao produzir, adotar ou utilizar os indicadores é que se tenha criatividade para a construção dos indicadores e da metodologia, como também, oportunizar a possibilidade de combinações de dados qualitativos e quantitativos. Porém, esta criatividade não deve impedir a replicabilidade na utilização dos indicadores.

Embora o uso dos indicadores tenha aumentado nos últimos anos, ainda persiste um relativo desconhecimento em relação às suas características, possibilidades e limitações. Um dos desafios para a prática da gestão e assistência à saúde bucal é a escolha ou definição, o acompanhamento e o monitoramento dos indicadores adequados no planejamento dos serviços e políticas públicas.

Buscou-se a utilização de base de dados mais aceitas na comunidade científica. Este estudo não teve como propósito identificar a frequência dos indicadores utilizados.

Após a análise de todos os indicadores emergentes nos estudos as seguintes considerações merecem ser feitas.

Alguns indicadores de promoção da saúde foram identificados entre eles: indicadores relacionados a medidas de prevenção/promoção como o acesso ao flúor, resultante de ações intersetoriais, relacionados ao programa saúde na escola, saúde bucal e controle social, atenção multiprofissional, eventos de educação em saúde. Muitos indicadores denominados de educação/promoção da saúde foram apresentados tais como: total de participantes dos eventos de educação dividido pela população total da área multiplicado por 100; cobertura de ações de escovação supervisionada; participação em programa preventivo de bochecho com flúor entre outros.

Outro aspecto importante é que as mudanças ocorridas nos últimos anos quanto ao padrão de adoecimento e morte da população tem trazido mudanças na definição e seleção de indicadores.

A avaliação do estado de saúde das populações dependeu, durante longo período de tempo, quase que exclusivamente dos indicadores derivados de dados de óbitos, mas estes índices perderam progressivamente a capacidade de medir a saúde em decorrência da forte redução das taxas de mortalidade, com os consequentes aumentos da sobrevida e da prevalência de doenças crônicas, que mesmo de baixa letalidade podem ser altamente incapacitantes. O novo espectro de problemas de saúde passou a requerer, para a adequada mensuração, a construção de indicadores de incidência e prevalência de doenças e das lesões provocadas por acidentes e violências (BARROS, 2008, p. 8).

Tem-se verificado um aumento considerável do adoecimento/mortalidade por causas externas. Os acidentes de trânsito e violências provocam na maioria das vezes traumatismo dental. E este foi um dos indicadores que apresentou a menor frequência nos estudos, isto é, uma única ocorrência.

Identificou-se uma deficiência de estudos relacionados a saúde bucal de indivíduos vulneráveis ou em situações de vulnerabilidade como os drogaditos, população em situação de rua, os adolescentes privados de liberdade, entre outros. Indicadores que possibilitem o acompanhamento da saúde bucal destes grupos devem ser utilizados e estudos devem ser realizados.

Os indicadores do COAP constituem-se em proposta promissora para a avaliação dos serviços no campo da saúde bucal. Estes trazem como perspectiva a avaliação do impacto das ações proporcionadas pelos serviços nesta área, bem como avaliar o

acesso da população ao serviço. Com isso, permitirá que o planejamento para tomada de decisão e das políticas públicas possa ser melhor realizado, pois antes destes, os indicadores até então instituídos eram insuficientes para esta avaliação. Além disso, os indicadores relacionados à Gestão do Trabalho e Educação à Saúde incluindo a qualificação de nível médio e superior no campo da saúde bucal favorecerá o acompanhamento de ações propostas pela gestão para melhorar a atenção à saúde. Uma vez que a qualificação dos profissionais por meio da Educação Permanente em Saúde contribuirá com a transformação das práticas de saúde. Neste aspecto para colaborar com o planejamento, captação de recursos e execução destas ações se faz necessário a articulação com as Comissões de Integração Ensino-serviço.

O indicador - cumprimento global de metas do CEO, encontrado nos artigos científicos (baseado na Portaria nº 600 de 2006), não foi identificado nas orientações do Ministério. Portanto, sua forma de cálculo, coleta, fonte e propósito foram baseados na referida política, inexistindo orientações oficiais sobre este indicador.

Além do indicador cumprimento global de metas do CEO, relativo à atenção secundária, alguns indicadores da atenção secundária e terciária foram identificados como: média de permanência das internações hospitalares (em dias), existência de sistema de referência, pessoas com diagnóstico de câncer bucal confirmado, existência de radioterapia no SUS e número de Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) por mil casos anuais de câncer.

Sugere-se estudos posteriores que avaliem as limitações dos indicadores propostos; analisem a associação entre as categorias dos indicadores apresentados nas pesquisas e a significância desta correlação e ainda, identifiquem as possíveis lacunas de indicadores no campo da saúde bucal.

Indicadores que avaliam a satisfação do usuário não foram obtidos com a busca realizada, portanto sugere-se a seleção de descritores que permitam identificar os artigos que contemplem estes indicadores.

A gestão deve priorizar a utilização de indicadores que tenham fonte e método de coleta que estejam facilmente disponibilizados.

Uma das limitações do estudo advém do fato de que na definição dos critérios de inclusão fossem analisadas apenas produções científicas em formato de artigo, excluindo, desta forma, as produções nos formatos de tese, dissertação que poderiam tratar da temática.

Acrescenta-se na lista de limitações a exclusão dos artigos científicos que estavam indisponíveis no meio eletrônico.

9 REFERÊNCIAS

ALCARDE, A. C. B. et al. **A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population.** *Revista Odonto Ciência*, v. 25, n.2, p. 126-131, 2010.

ANTUNES, J. L. F. et al. Cárie dentária. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal** (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 71-96.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, Brasil, v. 3, n. 1, p 69-79, jan./jun. 2010.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.1, p. 1581-1587, 2004.

BARBOSA, E. F. **Instrumentos de coleta de dados em projetos educacionais.** Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais-Educativa, 1998. 6p. Disponível em http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B363E5BFD-17F5-433A-91A0-2F91727168E3%7D_instrumentos%20de%20coleta.pdf Acesso em: 09 set 2013.

BARCELO, V. A. S. **Modelo de processo avaliativo na administração pública.** Um estudo de caso. 2001. 107p. [Dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2001. 86p. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8032/000306086.pdf?sequence=1> Acesso em: 09 set 2013.

BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 167-213.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 457-486.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-17, 2002.

BARROS, M. B. A.. **Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, suppl.1, p. 6-19, 2008.

BATISTA, S. M. O. **Associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás.** [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. 76 p.

BOING, A. F et al. Medidas de condições socioeconômicas em estudos epidemiológicos de saúde bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.

Epidemiologia da Saúde Bucal. (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 391-414.

BORDIN, D.; FADEL, C. B. **Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal.** *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 41, n.5, p. 305-311, 2012.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro, 2001. p. 163-169.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003a. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.2, p. 221-224, abr./jun., 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**, 2003c. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=produ> Acesso em 09 de jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, 2005a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, 2005b. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: 2006a. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493, de 10 de março de 2006.** Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica, 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Sistemas de informações geográficas e análise espacial na Saúde Pública.** (Org.) SANTOS, S. M.; SOUZA-SANTOS, R. Brasília, 2007.148 p. :

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica 17.** Brasília, 2008b. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Brasília, 2008c. 132 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores. Temático promoção da saúde IV**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2009a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SBBrasil 2010**. Manual da equipe de campo. Brasília, 2009b. 53p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IDSUS - Indicadores de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011a. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SBBrasil 2010. Resultados Principais**. Brasília, 2011b. p.92.

BRASIL. Política Nacional da Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático: Promoção da saúde**. Brasília, 2012a. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**, Brasília, 2013.156 p.

BUENO, V. L. R. C.; CORDONI JUNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3069-3082, 2011.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CASCAES, A. M.; LEÃO, A. T.; LOCKER, D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal** (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 260-268.

CASTRO, A. M. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. GOSCH, C. S. et. al. (Org). Brasília: CEAD/ FUB, 2010.164 p.

CAVALCANTE, R. A. et al. Perfil dos pesquisadores da área de odontologia no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n.1, p. 106-113, 2008.

CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, abr. 2008. 216p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 461-470, 2003.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, p. 171-191, 2001.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3. p. 553-563, 2006.

FERNANDES, L.S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-6, 2005.

FISCHER, T. K. **Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil**. 2008. 125 f. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

FREIRE, M. C. M; SILVA, S. A. Instrumentos de coleta de dados em epidemiologia da saúde bucal. IN: ANTUNES, J. L.; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia. Epidemiologia da Saúde Bucal**. JUNIOR, O. C. (coord.), Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. p. 373-383.

FUNDAP. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Programa de Desenvolvimento Gerencial Educação Continuada. **Indicadores para monitoramento de programas e projetos**. São Paulo. 2006, 46p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1991. 159 p.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina**. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.7, n.1, p. 26-44, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf> Acesso em: 27 06 2013.

GOES, P. S. A. et al. Dor orofacial. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal** (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 155-175.

HADDAD, A. E. et al. Pesquisa odontológica no Brasil e sua articulação com as políticas públicas de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v.9, n.2, p.47-53, 2008.

HOBDELL, M. Global goals for oral health 2020. **International Dental Journal**, v. 53, n.5, p. 285-288, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011. 270 p.

INÁCIO, J. **Atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, s.n.; 2003, 142 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, s.n, julho 2003.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 453-458, 2004.

LAST, J. M. **A dictionary of epidemiology**. 4th ed. Oxford: Oxford University Press/IEA, 2001. 224p.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de Saúde**. 2^a ed., revista e atualizada. São Paulo: EPU, 2005. 214 p.

LESSA, C. F.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

LIMEIRA, A. B. et al. **Prevalência de cáries em crianças e cuidadores de uma creche em Recife/PE**. **Odontologia Clínico-Científica**. 2010, vol.9, n.4, pp. 325-329. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v9n4/a10v9n4 .pdf](http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v9n4/a10v9n4.pdf) Acesso em: 20 out 2013.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística-Saúde Pública**. 2^a ed. Belo Horizonte: COOPMED editora, 1992. 304p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. v. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 232 p.

MANFREDINI, M. A. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C e col (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003. p. 51 a 63.

MARTINS, A. M. E. B. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. **Montes Claros**, v.7, n.1, p. 55-66, jan./jun. 2005.

MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2001**, Dezembro de 2002, 106 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF Acesso em: 13 06 2013

MENDES, S. F. **Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da Cidade do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. X,134 p.,il. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

MENDES, K. D. S.; SIVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n. sn, p. 758-64, out/dez. 2008.

MENEZHINI, R. Visibilidade internacional da produção brasileira em saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1058-1059, jun, 2010.

MERCHÁN-HAMANN, E; TAUIL, P. C; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.4, p.273-284, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe_epi_sus_v09_n4.pdf>. Acesso em 30 maio 2013.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**: o debate no campo da saúde coletiva. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-36.

MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. Fluorose dentária. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p.177-194.

NADANOVSKY, P.; COSTA, A. J. L. Indicadores de saúde bucal. In: LUIZ, R. R., COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 143-164.

NADANOVSKY, P. O aumento da produção científica odontológica brasileira na saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 886-887, mai, 2006.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª ed. São Paulo: Livraria Santos e Editora, 2008. p. 409-419.

NARVAI, P. C. **Avaliação de ações de saúde bucal**. São Paulo: FSP-USP; 1996. 13p.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.19, n.6, p. 385-393, 2006.

NERY, N. G. **Metodologias de investigação da satisfação de usuários na atenção primária de saúde no Brasil, Goiânia**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. 2012, p.187.

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. Florianópolis, 2008, 89 f. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

OLIVEIRA, F. **Ser negro no Brasil: alcances e limites**. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p. 57-60, 2004.

OLIVEIRA, R. G. **Qualificação de gestores do SUS** (Org.) OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. 204 p.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 767-782.

- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanbara Koogan, 2008. 596p.
- PERES, K. G.; FRAZÃO, P.; TOMITA, N. E. Oclusopatias. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal** (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 121-154.
- PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. Gestão semi-plena e participação popular na administração de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 89-97, 2001.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª ed. São Paulo: Livraria Santos e Editora, 2008. 541 p.
- QUELUZ, D. P. G. Recursos Humanos em Odontologia. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p. 161- 200.
- RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.
- ROBLES, L. P. **Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 448p. Tese (Doutorado) - Pós-graduação em Saúde Pública. São Paulo, 2008.
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et. al. **Odontologia em Saúde Coletiva**. São Paulo: Artmed, 2003. p. 28-63.
- RONCALLI, A. G. Indicadores de saúde e saúde bucal: desafios para seu uso em modelos assistenciais. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p. 414- 429.
- RONCALLI, A. G.; BARBATO, P. R.; RESENDE, C. M. B. M. Perdas dentárias. In: Antunes, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 71-96.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.
- SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, a.l, n. I, jul. 2009.
- SOARES, W. R. F. Desigualdade de renda nas Microrregiões baianas: uma análise a partir do emprego formal. **Revista Desenharia**, n. 7, p. 207-226, set. 2007.
- SOAREZ, P. C.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS**, v. 7, n.27, p 57-64, abri-jun, 2005.
- SOUSA, M. L. R.; ANTUNES, J. L. P. Epidemiologia e saúde bucal In: PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p. 256-266.
- SOUZA, R. R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/>

Material%20de%20Apoio/ Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf Acesso em: 28 06 2013.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 839-849, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf> Acesso em: 29 01 2013.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. **Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p. 1168-1173, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/25.pdf> Acesso em: 09 06 2013.

TERRERI, A. L. M.; SOLER, Z. A. S. G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1581-1587, jul, 2008.

TRAESEL, C. K. **Indicadores epidemiológicos**. Santa Maria, 2012. 58p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, Suplemento 2, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 215 a 24.

VETTORE, M. V.; BASSANI, D. LUNARDELLI, A. N. Condições Periodontais. In: Antunes, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. (coord.) JUNIOR, O. C. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 97-119.

VIACAVA, F. **Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 607-621, 2002.

VIACAVA, F. et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 711-72, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf> Acesso em: 28 06 2013.

VIACAVA, F et al. **PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**: indicadores para monitoramento. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, outubro de 2012. 287p.

VIEIRA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

VOLPATO, G. L.; FREITAS, E. G. Desafios na publicação científica. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.17, suppl.1, p. 49-56, 2003.

WARE, J. E et al. **Choosing measures of health status for individuals in general populations**. Santa Monica, CA: RAND, 1981. 32p.

WHO. World Health Organization. **Oral health surveys: basic methods**. Geneva: The Organization; 1997.

WHO. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, Brasil, 21 de outubro de 2011, p. 1 – 7. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf Acesso em 24 06 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Lista de descritores relacionados com a palavra indicadores.

LISTA DE DESCRITORES RELACIONADOS COM A PALAVRA INDICADORES

PALAVRA OU TERMO PARA CONSULTA DE DESCRITORES: INDICADORES	
DESCRITORES	DEFINIÇÃO
Indicadores Econômicos	Variáveis econômicas calculadas em momentos regulares e que permitem apreciar a evolução da economia. Relacionados em português com: qualidade de vida e condições sociais
Indicadores de Serviços	Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões dos serviços de saúde.
Indicadores de Qualidade de Vida	Qualidade de vida é a percepção individual de satisfação com as próprias condições físicas, emocionais e sociais. Seus indicadores procuram estimar a sobrevida de indivíduos sem deficiências ou incapacidades.
Indicadores de Gestão	Relacionado em português com: 1- Gerência- Processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica em coordenar esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. 2- Organização e administração- Planejamento e direção de programas, serviços e recursos. 3- Indicadores econômicos
Indicadores de Morbi-Mortalidade	Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre frequência de doenças e óbitos.
Indicadores Básicos de Saúde	Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.
Indicadores de Qualidade Assistencial à Saúde	Normas, critérios, padrões e outras medidas quantitativas e qualitativas diretas usadas na determinação da qualidade dos cuidados de saúde.
Indicadores Demográficos	Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões de populações.
Indicadores Sociais	Índices diferentes usados para a avaliação da situação socioeconômica de uma sociedade.
Indicadores	Eles permitem a análise dos resultados esperados ou desejáveis de uma variante, o estabelecimento de comparações justas e rigorosas entre grupos populacionais e setores, áreas geográficas, a identificação de problemas e desigualdades sociais e do estudo de tendências, ou seja, seguir suas mudanças ao longo do tempo.

APÊNDICE B- Lista de descritores relacionados com a palavra saúde bucal

LISTA DE DESCRITORES RELACIONADOS COM A PALAVRA SAÚDE BUCAL

PALAVRA OU TERMO PARA CONSULTA DE DESCRITORES: SAÚDE BUCAL	
DESCRITORES RELACIONADOS	DEFINIÇÃO
Saúde bucal	1) Estado ótimo da boca e funcionamento normal dos órgãos da boca sem evidência de doença (MeSH). 2) Conjunto de condições biológicas e psicológicas que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Termos relacionados em português: Clínicas Odontológicas; Inquéritos de Saúde Bucal; Diagnóstico Bucal; Doenças da Boca; Odontologia em Saúde Pública; Odontologia Preventiva; Serviços de Saúde Bucal e Reabilitação Bucal

APÊNDICE C - Síntese da sequência da busca – base de dados LILACS

Data do acesso na LILACS para busca: 14 01 2013

Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org/>

Síntese da sequência da busca – base de dados LILACS	
DeCS E PALAVRAS	Nº DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS
(((((mh:"saúde bucal" OR mh:"Oral Health" OR mh:"Salud Bucal") OR (mh:odontologia OR mh:Dentistry OR mh:Odontología) OR (mh:"economia em odontologia" OR mh:"Economics Dental" OR mh:"Economía en Odontología") OR (mh:"odontologia do trabalho" or mh:"Occupational Dentistry" or mh:"Odontología del Trabajo") OR (mh:"auditoria odontológica" OR mh:"Dental Audit" OR mh:"Auditoria Dental") OR (mh:"serviços de saúde bucal" OR mh:"Dental Health Services" OR mh:"Servicios de Salud Dental") OR (mh:"clínicas odontológicas" OR mh:"Dental Clinics" OR mh:"Clínicas Odontológicas") OR (mh:"inquéritos de saúde bucal" OR mh:"Dental Health Surveys" OR mh:"Encuestas de Salud Bucal") OR (mh:"diagnóstico bucal" OR mh:"Diagnosis, Oral" OR mh:"Diagnóstico Bucal") OR (mh:"doenças da boca" OR mh:"Mouth Diseases" OR mh:"Enfermedades de la Boca" OR mh:"Enfermedades de la Boca") OR (mh:"odontologia em saúde pública" OR mh:"Public Health Dentistry" OR mh:"Odontología en Salud Pública")) OR ((tw:"saúde bucal" OR tw:"Oral Health" OR tw:"Salud Bucal") OR (tw:odontologia OR tw:Dentistry OR tw:Odontología OR tw:bucal OR tw:dentista OR tw:oral OR tw:odonto\$))) AND (((mh:indicadores OR mh:indicators OR mh:indicadores) OR (mh:"indicadores econômicos" OR mh:"Economic Indexes" OR mh:"Indicadores Económicos") OR (mh:"indicadores de serviços" OR mh:"Indicators of Health Services" OR mh:"Indicadores de Servicios") OR (mh:"indicadores de qualidade de vida" OR mh:"Indicators of Quality of Life" OR mh:"Indicadores de Calidad de Vida") OR (mh:"indicadores de gestão" or mh:"Management Indicators" OR mh:"Indicadores de Gestión") OR (mh:"indicadores de morbi-mortalidade" OR mh:"Indicators of Morbidity and Mortality" OR mh:"Indicadores de Morbimortalidad") OR (mh:"indicadores básicos de saúde" OR mh:"Health Status Indicators" OR mh:"Indicadores de Salud") or (mh:"indicadores de qualidade em assistência à saúde" OR mh:"Quality Indicators Health Care" OR mh:"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud") OR (mh:"indicadores demográficos" OR mh:"Demographic Indicators" or mh:"Indicadores Demográficos") OR (mh:"indicadores sociais" OR mh:"Social Indicators" OR mh:"Indicadores Sociales")) OR ((tw:indicadores OR tw:Indicators) OR (tw:índice OR tw:index OR tw:índice) OR (tw:indicador OR tw:indicator OR tw:indicador) OR (tw:indicador\$ OR tw:"medida-síntese" OR tw:"measure synthesis" OR tw:"síntesis de medida")))))	3402

APÊNDICE D- Síntese da sequência da busca – base de dados SCIELO

Data do acesso na SCIELO para busca: 20 01 2013

Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>

Síntese da sequência da busca – base de dados SCIELO	
PALAVRAS e DeCS UTILIZADOS NA SCIELO	Nº DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS
(((saúde bucal) OR (Oral Health) OR (Salud Bucal)) OR (odontologia OR Dentistry OR Odontología) OR ((economia em odontologia) OR (Economics Dental) OR (Economía en Odontología)) OR ((odontologia do trabalho) OR (Occupational Dentistry) OR (Odontología del Trabajo)) OR ((auditoria odontológica) OR (Dental Audit) OR (Auditoria Dental)) OR ((serviços de saúde bucal) OR (Dental Health Services) OR (Servicios de Salud Dental)) OR ((clínicas odontológicas) OR (Dental Clinics) OR (Clínicas Odontológicas)) OR ((inquéritos de saúde bucal) OR (Dental Health Surveys) OR (Encuestas de Salud Bucal)) OR ((diagnóstico bucal) OR (Diagnosis Oral) OR (Diagnóstico Bucal)) OR ((odontologia em saúde pública) OR (Public Health Dentistry) OR (Odontología en Salud Pública)) OR ((doenças da boca) OR (Mouth Diseases) OR (Enfermedades de la Boca)) OR (bucal or dentista or oral or odonto\$)) AND ((indicadores OR Indicators OR Indicadores) OR ((indicadores econômicos) OR (Economic Indexes) OR (Indicadores Económicos)) OR ((indicadores de serviços) OR (Indicators of Health Services) OR (Indicadores de Servicios)) OR ((indicadores de qualidade de vida) OR (Indicators of Quality of Life) OR (Indicadores de Calidad de Vida)) OR ((indicadores de gestão) OR (Management Indicators) OR (Indicadores de Gestión)) OR ((indicadores de morbi-mortalidade) OR (Indicators of Morbidity and Mortality) OR (Indicadores de Morbimortalidad)) OR ((indicadores básicos de saúde) OR (Health Status Indicators) OR (Indicadores de Salud)) OR ((indicadores de qualidade em assistência à saúde) OR (Quality Indicators, Health Care) OR (Indicadores de Calidad de la Atención de Salud)) OR ((indicadores demográficos) OR (Demographic Indicators) OR (Indicadores Demográficos)) OR ((indicadores sociais) OR (Social Indicators) OR (Indicadores Sociales)) OR ((índice OR index OR índice) OR (indicador OR indicator OR indicador)) OR (indicador\$ OR (medida-síntese) OR (measure synthesis) OR (síntesis de medida))))	1494

APÊNCIDE G – Fontes da Pesquisa Bibliográfica

Características dos artigos científicos incluídos no estudo

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
1	LILACS	LI-1	Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes	PEREIRA, C. R. S. et al.	Cad Saude Publica; 28(3): 449-462, mar. 2012.	Artigo LILACS ID: 616958 Português
2	LILACS	LI-2	Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005	MENDONCA, H. L.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.	Cad Saude Publica; 28(10): 1927-1938, out. 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 653891 Português
3	LILACS	LI-4	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil	GOES, P. S. A. et al.	Cad Saude Publica; 28(supl): s81-s89, 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 638744 Português
4	LILACS	LI-5	Auto percepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros	BRAGA, A. P. G.; BARRETO, S. M.; MARTINS, A. M. E. B. L.	Cad Saude Publica; 28(5): 889-904, maio 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 625487 Português
5	LILACS	LI-6	Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008	FERREIRA, M. A. F. et al.	Cad Saude Publica; 28(9): 1663-1673, set. 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 650787 Português
6	LILACS	LI-7	Social inequality in health among women in Campinas, São Paulo State, Brazil	SENICATO, C.; BARROS, M.B. A.	Cad Saude Publica; 28(10): 1903-1914, Oct. 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 653889 Inglês
7	LILACS	LI-11	Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008	JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C.; ARAUJO, M. E.	Ciênc. saúde coletiva; 17(4): 1015-1024, abr. 2012..	Artigo LILACS ID: 625524 Português
8	LILACS	LI-12	Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste	MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B.	Ciênc. saúde coletiva; 17(2): 397-405, fev. 2012.	Artigo LILACS ID: 610694 Português
9	LILACS	LI-17	Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age	PERES, K. G. et al.	Cad Saude Publica; 27(8): 1569-1580, Aug. 2011.	Artigo LILACS ID: 596969 Inglês
10	LILACS	LI-18	Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica	COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M.	Cad Saude Publica; 27(9): 1731-1745, set.	Artigo LILACS ID: 600770 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
					2011.	
11	LILACS	LI-23	Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009	SILVA, D. D. da et al.	Rev Saude Publica; 45 (6): 1145-1153, dez. 2011.	Artigo LILACS ID: 606862 Português
12	LILACS	LI-31	Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal	CARVALHO, R. W. F. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 16(supl.1): 1621-1628, 2011.	Artigo LILACS ID: 582600 Português
13	LILACS	LI-32	Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal	CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V.	Ciênc. saúde coletiva; 16(10): 4107-4114, out. 2011.	Artigo LILACS ID: 608104 Português
14	LILACS	LI-33	Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil	CAMPOS, A. C. V. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 16 (11): 4349-4355, Nov. 2011.	Artigo LILACS ID: 606555 Inglês
15	LILACS	LI-34	Dental caries and the nutritional status of preschool children: a spatial analysis	CAMPOS, J. A. D. B. ET al	Ciênc. saúde coletiva; 16 (10): 4161-4168, Oct. 2011.	Artigo LILACS ID: 608109 Inglês
16	LILACS	LI-35	Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil	VENANCIO, S. I. et al	Ciênc. saúde coletiva; 16(9): 3951-3964, set. 2011.	Artigo LILACS ID: 600762 Português
17	LILACS	LI-36	Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil	GIATTI, L.; BARRETO, S. M.	Ciênc. saúde coletiva; 16 (9): 3817-3827, set. 2011.	Artigo LILACS ID: 600747 Português
18	LILACS	LI-41	Oral health follow-up studies in the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study: methodology and principal results	PERES, M. A. et al.	Cad Saude Publica; 26 (10): 1990-1999, Oct. 2010.	Artigo LILACS ID: 561311 Inglês
19	LILACS	LI-46	Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil)	SOUZA, E. H. A. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 15 (6): 2955-2964, set. 2010.	Artigo LILACS ID: 559828 Português
20	LILACS	LI-47	O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas	LEMONS, P. N. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 15(supl.1): 1449-1456, jun. 2010. mapas,	Artigo LILACS ID: 555679 Português
21	LILACS	LI-48	Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal	COSTA, A. M. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 15 (4): 2207-2213, jul. 2010.	Artigo LILACS ID: 554571 Português
22	LILACS	LI-49	Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004	RIHS, L. B. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 15 (4): 2173-2180, jul. 2010.	Artigo LILACS ID: 554567 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
23	LILACS	LI-51	Estudo da prevalência de fluorose dentária em Aracaju	CARVALHO, R. W. F. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 15 (supl.1): 1875-1880, jun. 2010.	Artigo LILACS ID: 555724 Português
24	LILACS	LI-56	Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos	PEREIRA, C. R. S. et al.	Cad Saude Publica; 25 (5): 985-996, maio 2009.	Artigo LILACS ID: 514758 Português
25	LILACS	LI-57	Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil	FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.	Cad Saude Publica; 25 (2): 259-267, fev. 2009.	Artigo LILACS ID: 505487 Português
26	LILACS	LI-58	Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil	ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V.	Cad Saude Publica; 25(1): 37-46, jan. 2009.	Artigo LILACS ID: 505607 Português
27	LILACS	LI-59	Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil	BORGES, D. M. L. et al.	Cad Saude Publica; 25 (2): 321-327, fev. 2009.	Artigo LILACS ID: 505493 Português
28	LILACS	LI-60	Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	FERREIRA, R. C. et al.	Cad Saude Publica; 25(11): 2375-2385, nov. 2009.	Artigo LILACS ID: 531156 Português
29	LILACS	LI-63	Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism	NASCIMENTO, A. C.; MOYSES, S. T.; BISINELLI, J. C.; MOYSES, S. J.	Rev Saude Publica; 43(3): 455-462, May-June 2009.	Artigo LILACS ID: 513014 Inglês
30	LILACS	LI-64	Eqüidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná	BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. L. F.	Rev Saude Publica; 43(3): 446-454, maio-jun. 2009.	Artigo LILACS ID: 513010 Português
31	LILACS	LI-74	Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil	LACERDA, J. T.; CASTILHO, E. A.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T.	Cad Saude Publica; 24(8): 1846-1858, ago. 2008.	Artigo LILACS ID: 488935 Português
32	LILACS	LI-76	Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003	BORGES, C. M. et al.	Cad Saude Publica; 24(8): 1825-1834, ago. 2008.	Artigo LILACS ID: 488933 Português
33	LILACS	LI-77	Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil	MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A.	Cad Saude Publica; 24(1): 81-92, jan. 2008.	Artigo LILACS ID: 471811 Português
34	LILACS	LI-83	Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002	GUSHI, L. L. et al.	Rev Saude Publica; 42 (3): 480-486, jun. 2008.	Artigo LILACS ID: 482368 Inglês, Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
35	LILACS	LI-84	Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo	ANTUNES, J. L. F. et al.	Rev Saude Publica; 42 (2): 191-199, abr. 2008.	Artigo LILACS ID: 479009 Português
36	LILACS	LI-95	Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá	DUMONT, A. F. S. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 13 (3): 1017-1022, maio-jun. 2008.	Artigo LILACS ID: 488797 Português
37	LILACS	LI-96	Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil	PERES, S. H. C. S. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 13 (supl.2): 2155-2162, dez. 2008.	Artigo LILACS ID: 497187 Português
38	LILACS	LI-101	Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)	BARBATO, P. R. et al.	Cad Saude Publica; 23 (8): 1803-1814, ago. 2007.	Artigo LILACS ID: 456014 Português
39	LILACS	LI-102	Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível	TASSINARI, W. S. et al.	Cad Saude Publica; 23 (1): 127-136, jan. 2007.	Artigo LILACS ID: 439281 Português, Inglês
40	LILACS	LI-104	O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	GOMES, A. S.; ABEGG, C.	Cad Saude Publica; 23(7): 1707-1714, jul. 2007.	Artigo LILACS ID: 452433 Português
41	LILACS	LI-105	Prevalência de defeitos de esmalte e sua relação com cárie dentária nas dentições decídua e permanente, Indaiatuba, São Paulo, Brasil	HOFFMANN, R. H. S.; SOUSA, M. L. R.; CYPRIANO, S.	Cad Saude Publica; 23(2): 435-444, fev. 2007.	Artigo LILACS ID: 439811 Português, Inglês
42	LILACS	LI-106	Atividade de cárie na dentição decídua, Indaiatuba, São Paulo, Brasil, 2004	RIHS, L. B. et al.	Cad Saude Publica; 23(3): 593-600, mar. 2007	Artigo LILACS ID: 441988 Português
43	LILACS	LI-107	Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003)	LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L.	Cad Saude Publica; 23(10): 2467-2478, out. 2007.	Artigo LILACS ID: 461420 Português
44	LILACS	LI-118	Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária	MENEZES, M. C. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 12(2): 523-529, mar.-abr. 2007.	Artigo LILACS ID: 440907 Português
45	LILACS	LI-119	Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA)	SILVA, M. C. B. et al.	Ciênc. saúde coletiva; 12(5): 1237-1246, set.-out. 2007.	Artigo LILACS ID: 459453 Português
46	LILACS	LI-120	Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa,	MOREIRA, P. V. L.; ROSENBLATT, A.;	Ciênc. saúde coletiva; 12(5): 1229-1236, set.-	Artigo LILACS ID: 459452 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
			Paraíba, Brasil	PASSOS, I. A.	out. 2007.	
47	LILACS	LI-122	Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004	MARTINS, R. J. et al.	Cad Saude Publica; 22(5): 1035-1041, maio 2006.	Artigo LILACS ID: 426320 Português
48	LILACS	LI-125	Fluorose dentária em escolares de 12 e 15 anos de idade. Salvador, Bahia, Brasil, nos anos 2001 e 2004	OLIVEIRA JUNIOR, Saulo Regis de et al.	Cad Saude Publica; 22(6): 1201-1206, jun. 2006.	Artigo LILACS ID: 428302 Português
49	LILACS	LI-137	Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil	SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; VALSECKI JUNIOR, A.	Rev. bras. saúde matern. infant; 6(4): 405-410, 2006.	Artigo LILACS ID: 447313 Português
50	LILACS	LI-140	Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil	ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; MELLO, T. R. C.	Ciênc. saúde coletiva; 11(1): 79-87, jan.-mar. 2006.	Artigo LILACS-Express ID: 430617 Português
51	LILACS	LI-141	Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional	SZWARCWALD, C. L.; MENDONCA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T.	Ciênc. saúde coletiva; 11(3): 643-655, jul.-set. 2006.	Artigo LILACS ID: 438023 Português
52	LILACS	LI-146	Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil	LUCAS, S. D.; PORTELA, M. C.; MENDONCA, L. L.	Cad Saude Publica; 21(1): 55-63, jan.-fev. 2005.	Artigo LILACS ID: 393606 Português
53	LILACS	LI-147	Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999	CARNEIRO, R. M. V. et al.	Cad Saude Publica; 21(6): 1709-1716, nov.-dez. 2005. tab	Artigo LILACS ID: 419740 Português
54	LILACS	LI-150	Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil	SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S.	Cad Saude Publica; 20(2): 626-631, mar.-abr. 2004.	Artigo LILACS ID: 357212 Português
55	LILACS	LI-151	Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010	GOMES, P. R. et al	Cad Saude Publica; 20(3): 866-870, maio-jun. 2004.	Artigo LILACS ID: 359214 Português
56	LILACS	LI-152	Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil	BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F.	Cad Saude Publica; 20(1): 143-152, jan.-fev. 2004.	Artigo LILACS ID: 357409 Português
57	LILACS	LI-153	A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil	SEGUNDO, T. K.; FERREIRA, E. F.; COSTA, J. E.	Cad Saude Publica; 20(2): 596-603, mar.-abr. 2004.	Artigo LILACS ID: 357208 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
58	LILACS	LI-154	Tendência de cárie dentária em escolares de 12 e 13 anos de idade de uma mesma escola no período de 1971 a 2002, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil	BASTOS, J. L. D.; NOMURA, L. H.; PERES, M. A.	Cad Saude Publica; 20(1): 117-122, jan.-fev. 2004.	Artigo LILACS ID: 357383 Português
59	LILACS	LI-155	Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade	FEITOSA, S.; COLARES, V.	Cad Saude Publica; 20(2): 604-609, mar.-abr. 2004.	Artigo LILACS ID: 357209 Português
60	LILACS	LI-156	Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta	LACERDA, J. T. et al.	Rev Saude Publica; 38(3): 453-458, jun. 2004.	Artigo LILACS ID: 361683 Português
61	LILACS	LI-158	A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil	CYPRIANO, S. et al.	Cad Saude Publica; 19(4): 1063-1071, jul.- ago. 2003.	Artigo LILACS ID: 344655 Português
62	LILACS	LI-160	Polarização da cárie em município sem água fluoretada	CARDOSO, L. et al.	Cad Saude Publica; 19(1): 237-243, jan.-fev. 2003.	Artigo LILACS ID: 331208 Português
63	LILACS	LI-161	Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999	CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R.; RIHS, L. B.; WADA, R. S.	Rev Saude Publica; 37(2): 247-253, 2003.	Artigo LILACS ID: 333778 Português
64	LILACS	LI-162	Root caries prevalence in a group of Brazilian adult dental patients	WATANABE, M. G. C.	Braz Dent J; 14(3): 153- 156, 2003.	Artigo LILACS ID: 356703 Inglês
65	LILACS	LI-164	Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil	SALES-PERES, S. H. C.; BASTOS, J. R. M.	Cad Saude Publica; 18(5): 1281-1288, set.- out. 2002. tab, graf	Artigo LILACS ID: 327816 Português
66	LILACS	LI-165	Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil	GONCALVES, E. R.; PERES, M. A.; MARCENES, W.	Cad Saude Publica; 18(3): 699-706, maio-jun. 2002.	Artigo LILACS ID: 330938 Português
67	LILACS	LI-171	Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, 2001	CANGUSSU, M. C. T. et al.	Pesqui Odontol Bras; 16(4): 379-384, out.-dez. 2002.	Artigo LILACS ID: 327314 Português
68	LILACS	LI-174	Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil	GUIOTOKU, S. K. et al.	Rev Panam Salud Publica; 31(2): 135-141, fev. 2012.	Artigo LILACS ID: 620109 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
69	LILACS	LI-175	Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida	PALMIER, A. C. et al.	Rev Panam Salud Publica; 32(1): 22-29, jul. 2012.	Artigo LILACS-Express ID: 646448 Português
70	LILACS	LI-179	Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil	RIGONATTO, D. D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZAO, P.	Rev Inst Med Trop Sao Paulo; 43(2): 93-98, Mar.-Apr. 2001.	Artigo LILACS ID: 298582 Inglês
71	LILACS	LI-180	Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil	ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A.	Cad Saude Publica; 17(2): 375-84, mar.-abr. 2001.	Artigo LILACS ID: 284145 Português
72	LILACS	LI-181	Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos	GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W.	Rev Saude Publica; 35(3): 289-93, jun. 2001.	Artigo LILACS ID: 291198 Português
73	LILACS	LI-182	Fluorose dentária em incisivos superiores permanentes em crianças de escola pública do Rio de Janeiro, RJ	OLIVEIRA, B. H.; MILBOURNE, P.	Rev Saude Publica; 35(3): 276-82, jun. 2001.	Artigo LILACS ID: 291196 Português
74	LILACS	LI-183	Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade	TRAEBERT, J. L. et al.	Rev Saude Publica; 35(3): 283-8, jun. 2001.	Artigo LILACS ID: 291197 Português
75	LILACS	LI-188	Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010	ALCANTARA, C. M. et al.	Physis (Rio J.); 21(3): 1023-1044, 2011.	Artigo LILACS ID: 602101 Português
76	LILACS	LI-189	Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil	MIRANDA, L. P. et al.	Rev. bras. geriatr. gerontol; 14(2): 251-269, abr.-jun. 2011.	Artigo LILACS ID: 643588 Português
77	LILACS	LI-190	Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren	PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L. F.; GUEDES, R. S.; ARDENGHI, T. M.	Braz oral res; 25(2): 143-149, Mar.-Apr. 2011.	Artigo LILACS ID: 583856 Inglês
78	LILACS	LI-192	Developmental enamel defects and their impact on child oral health-related quality of life	VARGAS-FERREIRA, F.; ARDENGHI, T. M.	Braz oral res; 25(6): 531-537, Nov.-Dec. 2011.	Artigo LILACS ID: 608022 Inglês
79	LILACS	LI-193	Inequalities in the distribution of dental caries among 12-year-old Brazilian schoolchildren	PIOVESAN, C. et al.	Braz oral res; 25(1): 69-75, Jan.-Feb. 2011.	Artigo LILACS ID: 595840 Inglês
80	LILACS	LI-199	Fluorose dentária em escolares de um município da serra gaúcha, Rio Grande do Sul, Brasil	TOASSI, R. F. C.; ABEGG, C.	Cad Saude Publica; 21(2): 652-655, mar.-abr. 2005.	Artigo LILACS ID: 420061 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
81	LILACS	LI-200	Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil	LEITE, I. C. G.; RIBEIRO, R. A.	Cad Saude Publica; 16(3): 717-22, jul.-set. 2000.	Artigo LILACS ID: 274317 Inglês
82	LILACS	LI-203	Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze a treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região Sul, Brasil	FREYSLEBEN, G. R.; PERES, M. A. A.; MARCENES, W.	Rev Saude Publica; 34(3): 304-8, j	Artigo LILACS ID: 263763 Português
83	LILACS	LI-204	Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996	NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FRAZAO, P.	Rev Saude Publica; 34(2): 196-200, abr. 2000.	Artigo LILACS ID: 283167 Português
84	LILACS	LI-205	Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil	ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZAO, P.	Rev. bras. epidemiol; 13(2): 223-236, jun. 2010.	Artigo LILACS ID: 551154 Inglês, Português
85	LILACS	LI-206	Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil	FISCHER, T. K.; PERES, K. G.; KUPEK, E.; PERES, M. A.	Rev. bras. epidemiol; 13(1): 126-138, mar. 2010.	Artigo LILACS ID: 543639 Português
86	LILACS	LI-207	Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda	BALDANI, M. H. et al.	Rev. bras. epidemiol; 13(1): 150-162, mar.	Artigo LILACS ID: 543635 Português
87	LILACS	LI-208	Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008	BASTOS, R. S. et al.	J. appl. oral sci; 18(5): 437-441, Sept.-Oct.	Artigo LILACS ID: 564175 Inglês
88	LILACS	LI-209	Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil	SAMPAIO, F. C. et al.	Rev Panam Salud Publica; 27(4): 246-251, Apr.	Artigo LILACS ID: 548478 Inglês
89	LILACS	LI-211	Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado de São Paulo - Brasil	GARBIN, A. J. I. et al.	Dental press j. orthod. (Impr.); 15(4): 94-102, jul.-ago.	Artigo LILACS-Express ID: 555739 Português
90	LILACS	LI-212	Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP	ROCHELLE, I. M. F. et al.	Dental press j. orthod. (Impr.); 15(2): 71-81, mar.-abr.	Artigo LILACS-Express ID: 552085 Inglês, Português
91	LILACS	LI-213	Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros	BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G.	Rev. bras. epidemiol; 13(4): 713-723, dez.	Artigo LILACS ID: 569111 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
92	LILACS	LI-217	Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus, Amazonas, Brasil	VIANA, A. R. P. et al.	Rev. bras. epidemiol; 12(4): 680-687, Dez.	Artigo LILACS ID: 534368 Português
93	LILACS	LI-218	Oral health conditions among the elderly in Southeastern São Paulo State	MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.	J. appl. oral sci; 17(3): 170-178, May-June	Artigo LILACS ID: 514028 Inglês
94	LILACS	LI-219	Orthodontic treatment need in a group of 9-12-year-old Brazilian schoolchildren	DIAS, P. F.; GLEISER, R.	Braz oral res; 23(2): 182-189, 2009. graf, tab.	Artigo LILACS ID: 522300 Inglês
95	LILACS	LI-220	Prevalence of enamel white spots and risk factors in children up to 36 months old	TIANO, A. V. P. et al.	Braz oral res; 23(2): 215-222, 2009.	Artigo LILACS ID: 522306 Inglês
96	LILACS	LI-222	Relationship between oral clinical conditions and daily performances	GOMES, A. S.; ABEGG, C.; FACHEL, J. M. G.	Braz oral res; 23(1): 76-81,	Artigo LILACS ID: 514645 Inglês
97	LILACS	LI-226	Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different water fluoride content	TIANO, A. V. P. et al.	J. appl. oral sci; 17(1): 39-44, Jan.-Feb. 2009.	Artigo LILACS ID: 502773 Inglês
98	LILACS	LI-228	Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus, AM, Brazil	REBELO, M. A. B. et al.	Braz oral res; 23(3): 248-254, 2009.	Artigo LILACS ID: 530260 Inglês
99	LILACS	LI-229	Dental caries in an elderly population in Brazil	RIHS, L. B.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.	J. appl. oral sci; 17(1): 8-12, Jan.-Feb. 2009.	Artigo LILACS ID: 502772 Inglês
100	LILACS	LI-230	Dental caries and tooth loss in adults in a Brazilian southeastern state	RIHS, L. B.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.	J. appl. oral sci; 17(5): 392-396, Sept.-Oct. 2009.	Artigo LILACS ID: 531385 Inglês
101	LILACS	LI-236	Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar	MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J.	Physis (Rio J.); 18(1): 61-75, 2008.	Artigo LILACS ID: 487280 Português
102	LILACS	LI-237	Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents	BIAZEVIC, M. G. H. et al.	Braz oral res; 22(1): 36-42, Jan.-Mar. 2008.	Artigo LILACS ID: 480581 Inglês
103	LILACS	LI-239	Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil	MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.	Rev Panam Salud Publica; 23(2): 78-84, feb. 2008.	Artigo LILACS ID: 478914 Espanhol
104	LILACS	LI-240	Dental caries experience in 12-year-old schoolchildren in southeastern Brazil	CYPRIANO, Silvia et al.	J. appl. oral sci; 16(4): 286-296, July-Aug. 2008.	Artigo LILACS ID: 486498 Inglês
105	LILACS	LI-241	Root caries in areas with and without fluoridated water at the Southeast region of São Paulo State, Brazil	RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S.	J. appl. oral sci; 16(1): 70-74, Jan.-Feb. 2008.	Artigo LILACS ID: 472693 Inglês

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
106	LILACS	LI-243	Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico em pequenos municípios brasileiros	TRAEBERT, J.; SUAREZ, C. S.; ONOFRI, D. A.; MARCENES, W.	Cad Saude Publica; 18(3): 817-821, maio-jun. 2002.	Artigo LILACS ID: 330926 Português
107	LILACS	LI-247	Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009	JACCOTTET, C. M. G.; BARROS, A. J. D.; CAMARGO, M. B. J.; CASCAES, A. M.	Epidemiol. serv. saúde; 21(2): 333-340, abr.-jun. 2012.	Artigo LILACS ID: 644096 Português
108	LILACS	LI-248	Impacto de programas educativos sobre condições bucais de escolares de 6 e 7 anos em duas escolas municipais do interior do Estado de São Paulo/Brasil	MENEZHIM, M. C. et al.	Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais; 48(01): 40-46, 2	Artigo LILACS ID: 620903 Português
109	LILACS	LI-249	A Linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores	CRUZ, D. F. et al	Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr; 11(02)fev. 2012..	Artigo LILACS-Express ID: 655324 Português
110	LILACS	LI-250	Prevalence and severity of dental fluorosis among students from João Pessoa, PB, Brazil	CARVALHO, T. S.; KEHRLE, H. M.; SAMPAIO, F. C.	Braz oral res; 21(3): 198-203, 2	Artigo LILACS ID: 458590 Inglês
111	LILACS	LI-251	Trends in dental caries experience and fluorosis prevalence in 12-year-old Brazilian schoolchildren from two different towns	BENAZZI, A. S. T. et al	Braz. j. oral sci; 11(1): 62-66, jan.-mar. 2	Artigo LILACS ID: 638405 Inglês
112	LILACS	LI-252	Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil	MARTELLO, R. P.; JUNQUEIRA, T. P.; LEITE, I. C. G.	Epidemiol. serv. saúde; 21(1): 99-108, jan.-mar. 2	Artigo LILACS ID: 619586 Português
113	LILACS	LI-254	Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005	ALMEIDA, T. F. et al.	Epidemiol. serv. saúde; 21(1): 109-118, jan.-mar. 2	Artigo LILACS ID: 619585 Português
114	LILACS	LI-255	Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil	ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WUNSCH-FILHO, V.	Rev Panam Salud Publica; 21(1): 30-36, ene. 2007.	Artigo LILACS ID: 449494 Português
115	LILACS	LI-256	Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras	MACIEL, S. S. S. V. et al.	Rev. AMRIGS; 56(1): 38-45, jan.-mar. 2012.	Artigo LILACS ID: 647290 Português
116	LILACS	LI-258	Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil	FRIAS, A. C. et al.	Rev Panam Salud Publica; 22(4): 279-285, oct. 2007.	Artigo LILACS ID: 470742 Português
117	LILACS	LI-264	Changes in periodontal conditions of children and	DINI, E. L.	Braz Dent J; 12(1): 51-	Artigo LILACS ID:

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
			adolescents from Araraquara, Brazil: 1995-1998		55, jan.-jun. 2001. tab, graf.	554379 Português
118	LILACS	LI-265	Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná	MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.	Rev. bras. epidemiol; 9(4): 471-480, dez. 2006.	Artigo LILACS ID: 445214 Português
119	LILACS	LI-266	Associação entre severidade de cárie dentária e aspectos sociocomportamentais em escolares de 12 anos no município de Feira de Santana, Bahia	BUCKER, W. C. V. et al.	Rev. baiana saúde pública; 35(Supl 1)jan-jun. 2011.	Artigo LILACS ID: 602441 Português
120	LILACS	LI-267	Prevalência de cárie dentária em escolares de 05 e 06 anos de idade atendidos pelo programa saúde da família em uma cidade de porte populacional médio de Minas Gerais - Brasil	MARIN, K. K.; LEITE, I. C. G.	Rev. APS; 14(2)abr.-jun. 2011.	Artigo LILACS ID: 606349 Português
121	LILACS	LI-268	Indicadores socioeconômicos e desigualdades em saúde bucal no Brasil	LIRA JÚNIOR, R. et al	ROBRAC; 20(52)abr. 2011.	Artigo LILACS-Express ID: 609178 Português
122	LILACS	LI-269	Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil	ALVARENGA, F. A. S. et al.	Rev. odontol. UNESP (Online); 40(3)maio-jun. 2011.	Artigo LILACS-Express ID: 614435 Português
123	LILACS	LI-270	Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil	BRESSANE, L. B. et al.	Rev. odonto ciênc; 26(4): 291-296, 2011.	Artigo LILACS-Express ID: 625012 Inglês
124	LILACS	LI-271	Severidade das oclusopatias e fatores associados em escolares de 12 anos no município de Feira de Santana, Bahia, 2009	MEIRA, A. C. L. O.; OLIVEIRA, M. C.; ALVES, T. D. B.	Rev. baiana saúde pública; 35(Supl 1)jan-jun. 2011.	Artigo LILACS ID: 602447 Português
125	LILACS	LI-272	Factors related to periodontal disease in a rural population	MACEDO, T. C. N. et al.	Braz oral res; 20(3): 257-262, Jul.-Sept. 2006.	Artigo LILACS ID: 435816 Inglês, Português
126	LILACS	LI-274	Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social	NARVAI, P. C. et al.	Rev Panam Salud Publica; 19(6): 385-393, jun. 2006.	Artigo LILACS ID: 433458 Português
127	LILACS	LI-277	Prevalence of dental caries in children born prematurely or at full term	GRAVINA, D. B. L. et al.	Braz oral res; 20(4): 353-357, Oct.-Dec. 2006.	Artigo LILACS ID: 440185 Inglês
128	LILACS	LI-279	Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro	DOMINGOS, P. A. S. et al.	Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais; 46(2): 82-87, 2010.	Artigo LILACS ID: 583645 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
129	LILACS	LI-280	Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, Brasil, 2003	REIS, S. C. G. B. et al	Rev. bras. epidemiol; 8(1): 67-73, mar. 2005.	Artigo LILACS ID: 405905 Português
130	LILACS	LI-281	Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará	GAIAO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J.	Rev. bras. epidemiol; 8(3): 316-323, set. 2005.	Artigo LILACS ID: 416021 Português
131	LILACS	LI-282	Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors	AMARAL, M. A. et al.	Braz oral res; 19(4): 249-255, Oct.-Dec. 2005.	Artigo LILACS ID: 421124 Inglês
132	LILACS	LI-283	Dental caries and dental fluorosis in 7-12-year-old schoolchildren in Catalão, Goiás, Brazil	BARDAL, P. A. P. et al.	J. appl. oral sci; 13(1): 35-40, Jan.-Mar. 2005.	Artigo LILACS ID: 399464 Inglês
133	LILACS	LI-285	Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional	SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FADEL, C. B.; BINO, L. S.	ROBRAC; 19(48)abr. 2010.	Artigo LILACS-Express ID: 558313 Português
134	LILACS	LI-286	Periodontal status of an indigenous population at the Xingu Reserve	MESQUITA, L. P. de et al.	Braz. j. oral sci; 9(1): 43-47, Jan.-Mar. 2010.	Artigo LILACS ID: 578046 Inglês
135	LILACS	LI-287	Aspectos contextuais da ausência de cárie em escolares de 12 anos no Brasil, em três períodos históricos	MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.	Rev. odontol. UNESP (Online); 39(5)set.-out. 2010.	Artigo LILACS-Express ID: 586237 Português
136	LILACS	LI-288	Cárie Dentária em Pré-Escolares: um Estudo em Áreas Cobertas pela Estratégia Saúde da Família do Recife, PE, Brasil	MELO, M. M. D. C. et al.	Pesqui. bras. Odonto pediatria clín. integr; 10(3)set.-dez. 2010..	Artigo LILACS-Express ID: 614388 Português
137	LILACS	LI-289	Características da oclusão decídua em crianças de 2 a 5 anos de idade em João Pessoa, PB, Brasil	CÂNDIDO, I. R. F. et al.	Pesqui. bras. Odonto pediatria clín. integr; 10(1)jan.-abr. 2010.	Artigo LILACS ID: 549714 Português
138	LILACS	LI-294	Caries experience in adolescents from a metropolitan region of the Brazilian Amazon	FONSECA, T. G. G. et al.	Rev. odonto ciênc; 24(4)Oct.-Dec. 2009.	Artigo LILACS ID: 543879 Inglês
139	LILACS	LI-297	Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil	CARVALHO, F. S. et al.	Braz. j. oral sci; 8(2): 97-100, Apr.-June 20	Artigo LILACS ID: 556473 Inglês
140	LILACS	LI-298	A school-based oral health educational program: the experience of Maringa- PR, Brazil	CONRADO, C. A.; MACIEL, S. M.; OLIVEIRA, M. R.	J. appl. oral sci; 12(1): 27-33, Jan.-Mar. 20	Artigo LILACS ID: 361327 Inglês
141	LILACS	LI-299	Oral health-related impact on daily life in a sample of adults of Tubarao city, Santa Catarina, Brazil	LACERDA, J. T. et al.	Rev. odontol. UNESP (Online); 38(3)maio-jun. 20	Artigo LILACS-Express ID: 552484 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
142	LILACS	LI-300	Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina	COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M.	Rev. bras. epidemiol; 7(1): 88-97, mar. 20	Artigo LILACS ID: 383304 Português
143	LILACS	LI-301	Distribuição de cirurgiões dentistas pelo território do Estado da Bahia 2007	BARROS, S. G. et al.	Rev. baiana saúde pública; 33(2)abr.-jun. 2009.	Artigo LILACS ID: 546420 Português
144	LILACS	LI-304	Prevalence of dental caries and treatment needs in preschool children in a recently fluoridated brazilain town	FERNANDES, J. M. F. A. et al.	Braz. j. oral sci; 8(4): 185-188, Oct.-Dec. 2009..	Artigo LILACS ID: 578030 Inglês
145	LILACS	LI-305	Condições de Saúde Bucal de Escolares de 12 Anos de Idade, Município de Água Santa, Rio Grande do Sul, Brasil	MORO, L. et al.	Rev Fac Odontol P Alegre; 50(2)ago. 09.	Artigo LILACS-Express ID: 611969 Português
146	LILACS	LI-306	Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família	GARCIA, E. S. S.; SAINTRAIN, M. V. L.	Rev. enferm. UERJ; 17(1)jan.-mar. 2009. tab.	Artigo LILACS ID: 513354 Português
147	LILACS	LI-307	Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil	ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M.	Rev Panam Salud Publica; 16(5): 334-344, nov. 2004.	Artigo LILACS ID: 396687 Português
148	LILACS	LI-310	Diferenças regionais da taxa de mortalidade por câncer de boca e faringe no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1997-2004	MIGOWSKI, A.; COELI, C. M.	Cad. saúde colet., (Rio J.); 17(2)abr.-jun. 2009..	Artigo LILACS-Express ID: 621280 Português
149	LILACS	LI-311	Correlação entre a merenda escolar, obesidade e cariogenicidade em escolares	CARVALHO, M. F. et al.	Odonto (São Bernardo do Campo); 17(34): 56-63, jul.-dez. 2009.	Artigo LILACS ID: 542867 Português
150	LILACS	LI-321	Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998	FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.	Rev. bras. epidemiol; 6(1): 49-57, abr. 2003.	Artigo LILACS ID: 339516 Português
151	LILACS	LI-322	Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil	BOMBARDA-NUNES, F. F.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.	Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr; 8(1): 7-14, jan.-jun. 2008.	Artigo LILACS ID: 521939 Português
152	LILACS	LI-326	Declínio da cárie dentária em escolares do município de Rio das Pedras, SP, Brasil	RIHS, L. B.; SILVA, R. P.; CORTELLAZZI, K. L.; SOUSA, M. L. R.	Rev Fac Odontol P Alegre; 49(1): 16-20, 2008.	Artigo LILACS ID: 563451 Português
153	LILACS	LI-327	Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade, Campina Grande, Paraíba, Brasil: enfoque sócio-econômico	MOURA, C.; CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.	Rev. odonto ciênc; 23(3): 256-262, jul.-set. 2008.	Artigo LILACS ID: 494946 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
154	LILACS	LI-333	Cárie dentária, alterações de esmalte e necessidades de tratamento em pré-escolares e escolares de Araras, SP	MEIRELLES, M. P. M. R. et al	Rev Fac Odontol P Alegre; 49(1): 34-38, 20	Artigo LILACS ID: 563455 Português
155	LILACS	LI-335	A fluorose dentária e a auto-percepção de saúde bucal entre adolescentes brasileiros	SILVA, A. P. A. et al.	Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais; 43(3): 85-91, jul.-set. 20	Artigo LILACS ID: 533404 Português
156	LILACS	LI-341	Prevalência de má oclusão em escolares da rede estadual do município de Manaus, AM - Brasil	ALMEIDA, M. E. C. et al.	RGO; 55(4): 389-394, out.-dez. 2007. tab	Artigo LILACS ID: 510973 Português
157	LILACS	LI-342	Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil	MIALHE, F. L.; OLIVEIRA, C. S. R.; SILVA, D. D.	Arq. ciências saúde UNIPAR; 10(3): 145-149, set.-dez. 2006.	Artigo LILACS ID: 498951 Português
158	LILACS	LI-343	Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)	VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H.	Epidemiol. serv. saúde; 15(2): 47-55, 2006. tab	Artigo LILACS ID: 431257 Português
159	LILACS	LI-344	Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX	JUNQUEIRA, S. R.; ARAÚJO, M. E.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.	Epidemiol. serv. saúde; 15(4): 41-53, 2006.	Artigo LILACS ID: 452838 Português
160	LILACS	LI-348	Incidência de cárie e edentulismo em idosos residentes em Recife, Pernambuco, Brasil	RODRIGUES JUNIOR, F.H. et al.	Rev. ciênc. méd., (Campinas); 15(1): 33-40, 2006.	Artigo LILACS ID: 515929 Português
161	LILACS	LI-349	Experiência de cárie em escolares da cidade de Araraquara: estudo transversal	ZUANON, A. C. C.; CAMPOS, J. A. D. B.	Salusvita; 25(3): 53-64, 2006.	Artigo LILACS ID: 558479 Português
162	LILACS	LI-355	Prevenção de cárie dentária por bochechos com flúor em município com água fluoretada	IWAKURA, M. L. H.; MORITA, M. C.	Rev Panam Salud Publica; 15(4)abr. 2004.	Artigo LILACS ID: 363027 Português
163	LILACS	LI-365	Avaliando a experiência de cárie, necessidades de tratamento e fluorose dentária em escolares de Judiaí, SP/Brasil	HOFFMANN, R. H. S. et al.	RFO UPF; 11(1): 36-40, 2006.	Artigo LILACS ID: 457207 Português
164	LILACS	LI-366	Tendência da mortalidade por câncer bucal e de faringe em Santa Catarina: Brasil de 1980 a 2002	ARMÊNIO, M. F.; BIAZEVIC, M. G. H.	Cad. saúde colet., (Rio J.); 14(1): 179-190, jan.-mar. 2006.	Artigo LILACS ID: 442029 Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
165	LILACS	LI-367	Prevalência de oclusopatia em escolares de 12 anos de idade: estudo realizado em uma escola pública do município de Feira de Santana-BA	ALVES, T. D. B. et al.	RGO; 54(3): 269-273, set.-out. 2006.	Artigo LILACS ID: 457234 Português
166	LILACS	LI-368	Cárie Dentária em Crianças e Adolescentes do Projeto Santo Amaro, Recife - Pernambuco - Brasil	KATZ, C. R. T. et al.	Rev. bras. ciênc. saúde; 10(1): 29-40,	Artigo LILACS ID: 448704 Inglês, Português
167	LILACS	LI-369	Saúde bucal entre pré-escolares e escolares no município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil	BATISTA, S. P. R.; SOUSA, M. L. R.	RFO UPF; 10(2): 10-15, jul.-dez. 2005.	Artigo LILACS ID: 442581 Português
168	LILACS	LI-370	Cárie dentária segundo o nível socioeconômico em Itapetinga/SP/Brasil	RIHS, L. B. et al	RFO UPF; 10(2): 16-20, jul.-dez. 2005.	Artigo LILACS ID: 442582 Português
169	LILACS	LI-371	Prevalência de doença periodontal e sua relação com escovação dentária: um estudo de base populacional em Erval Velho - SC	MICHEL-CROSATO, E.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSATO, E..	Periodontia; 15(3): 5-9, jul.-set. 2005.	Artigo LILACS ID: 500792 Português
170	LILACS	LI-374	Periodontal disease in a rural community in Minas Gerais, Brazil	PALLOS, D. et al.	Braz. j. oral sci; 4(12): 659-663, Jan.-Mar. 2005.	Artigo LILACS ID: 412433 Inglês
171	SCIELO	SC-21	Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI/ Private and public dental care in the city of São Paulo in the first decade of the XXI century	MANFREDINI, M. A. et al	Saude soc. 21(2): 323-335, TAB. 2012 Jun.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
172	SCIELO	SC-57	Self-perception and malocclusion and their relation to oral appearance and function	PERES, S. H. C. S. et al.	Ciênc. saúde coletiva 16(10): 4059-4066, TAB. 2011 Oct.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
173	SCIELO	SC-65	Estudo de base populacional sobre as condições periodontais e determinantes socioeconômicos em adultos residentes no município de Guarulhos (SP), Brasil, 2006	FRIAS, A. C. et al.	Rev. bras. epidemiol. 14(3): 495-507, MAP, TAB. 2011 Sep.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
174	SCIELO	SC-67	Influência de diferentes concentrações de flúor na água em indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal	CARVALHO, R. B. et al.	Ciênc. saúde coletiva 16(8): 3509-3518, GRA, TAB. 2011 Aug.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
175	SCIELO	SC-86	Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo	CARDOSO, E. M. et al.	Rev. bras. epidemiol. 14(1): 131-140, TAB. 2011 Mar.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
176	SCIELO	SC-130	Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados	COSTA, E. H. M.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, A. P. G. F.	Ciênc. saúde coletiva 15(6): 2925-2930, TAB. 2010 Sep.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
177	SCIELO	SC-134	Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006	LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V.	Saude soc. 19(3): 547-556, ILUS, TAB. 2010	SciELO BrasilIdioma(s):

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
					Sep.	Português
178	SCIELO	SC-156	Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto	MENDONCA, B. M. C. et al.	Ciênc. saúde coletiva 15(3): 775-784, TAB. 2010 May.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
179	SCIELO	SC-180	Factors associated with dental fluorosis/ Fatores associados à fluorose dentária	RIGO, L.; CALDAS JUNIOR, A. F.; SOUZA, E. H. A.	Rev. odonto ciênc. (Online) 25(1): 8-14, ILUS, TAB. 2011	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
180	SCIELO	SC-181	A comparative analysis of caries and fluorosis among cities with and without public water supply fluoridation in São Paulo State, Brazil	MOIMAZ, S. A. S. et al.	Rev. odonto ciênc. (Online) 25(1): 15-19, TAB. 2011	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
181	SCIELO	SC-184	A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population	ALCARDE, A. C. B. et al.	Rev. odonto ciênc. (Online) 25(2): 126-131, GRA, TAB. 2011	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
182	SCIELO	SC-188	Dental caries in adolescents and its association with excess weight and sociodemographic factors in Londrina, Paraná, Brazil	TAMBELINI, C. A. et al.	Rev. odonto ciênc. (Online) 25(3): 245-249, TAB. 2011	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
183	SCIELO	SC-192	Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das águas	RIGO, L.; SOUZA, E. A.; CALDAS JUNIOR, A. F.	Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 9(4): 435-442, GRA, TAB. 2009 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
184	SCIELO	SC-232	Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico	TOBIAS, R.; PARENTE, R. C. P.; REBELO, M. A. B.	Rev. bras. epidemiol. 11(4): 608-618, TAB. 2008 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
185	SCIELO	SC-284	Relação entre níveis de fluoreto na água de abastecimento público e fluorose dental	CATANI, D. B. et al.	Rev. Saúde Pública 41(5): 732-739, TAB. 2007 Oct.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
186	SCIELO	SC-340	Fluoridation of the public water supply and prevalence of dental fluorosis in a peripheral district of the municipality of Bauru, SP	RAMIRES, I. et al.	J. Appl. Oral Sci. 14(2): 136-141, TAB. 2006 Apr.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
187	SCIELO	SC-362	Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais	FERNANDES, L. S.; PERES, M. A.	Rev. Saúde Pública 39(6): 930-936, TAB. 2005 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
188	SCIELO	SC-363	Prevalência de fluorose dentária em escolares de 12 anos de idade, Ouro Preto/MG - 2003	BARROS, S. F. B.; MATOS, D. L.	Rev. bras. epidemiol. 8(4): 425-431, TAB. 2005 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
189	SCIELO	SC-366	Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002	GUSHI, L. L. et al.	Cad. Saúde Pública 21(5): 1383-1391, ND. 2005 Oct.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
190	SCIELO	SC-372	Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents	GUSHI, L. L. et al.	J. Appl. Oral Sci. 13(3): 305-311, TAB. 2005 Sep.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
191	SCIELO	SC-374	Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos	SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S.	Cad. Saúde Pública 21(4): 1251-1259, GRA, TAB. 2005 Aug.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
192	SCIELO	SC-386	Oral health of building construction workers: an epidemiological approach	TOMITA, N. E. et al.	J. Appl. Oral Sci. 13(1): 24-27, GRA, TAB. 2005 Mar.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
193	SCIELO	SC-401	Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil/ Influência da idade, sexo, placa bacteriana e fumo nas condições periodontais em uma população de Bauru, Brasil	RAGGHianti, M. S. et al.	J. Appl. Oral Sci. 12(4): 273-279, TAB. 2004 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
194	SCIELO	SC-410	Dental fluorosis in children attending basic health units	GONINI, C. A. J.; MORITA, M. C.	J. Appl. Oral Sci. 12(3): 189-194, TAB. 2004 Sep.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
195	SCIELO	SC-411	Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de Salvador, Bahia, 2001	CANGUSSU, M. C. T.; CASTELLANOS, F. R. A..	Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 4(3): 287-297, GRA, TAB. 2004 Sep.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
196	SCIELO	SC-418	Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002	NOMURA, L. H.; BASTOS, J. L. D.; PERES, M. A.	Braz. oral res. 18(2): 134-140, TAB. 2004 Jun.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
197	SCIELO	SC-429	Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada	HOFFMANN, R. H. S. et al.	Cad. Saúde Pública 20(2): 522-528, GRA, TAB. 2004 Apr.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
198	SCIELO	SC-434	Prevalence of dental caries in 3- and 5-year-old children living in a small Brazilian City	UEDA, E. M. O. et al.	J. Appl. Oral Sci. 12(1): 34-38, GRA, TAB. 2004 Mar.	SciELO BrasilIdioma(s): Inglês
199	SCIELO	SC-436	Prevalência da fluorose dentária em escolares de 12 e 15 anos de idade em Salvador, Bahia, Brasil, 2001	CANGUSSU, M. C. T. et al.	Cad. Saúde Pública 20(1): 129-135, TAB. 2004 Feb.	SciELO BrasilIdioma(s): Português

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
200	SCIELO	SC-450	Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil	PERES, M. A. et al.	Rev. bras. epidemiol. 6(4): 293-306, ND. 2003 Dec.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
201	SCIELO	SC-491	Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP	MENEZES, M. C.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B.	Pesqui. Odontol. Bras. 16(1): 50-56, TAB. 2002 Mar.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
202	SCIELO	SC-512	Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos	SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A.	Rev. Saúde Pública 35(4): 349-355, TAB. 2001 Aug.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
203	SCIELO	SC-518	Fluorose dentária em crianças de Princesa Isabel, Paraíba	FORTE, F. D. S. et al.	Pesqui. Odontol. Bras. 15(2): 87-90, TAB. 2001 Jun.	SciELO BrasilIdioma(s): Português
204	SCIELO	SCI-37	Dental caries-related quality of life and socioeconomic status of preschool children, Bauru, SP	XAVIER, A. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
205	SCIELO	SCI-40	Dentistry for babies: caries experience vs. assiduity in clinical care	LEMO, L. V. F. M. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
206	SCIELO	SCI-53	Evaluation of an oral health program for children in early childhood/ Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças da primeira infância	SIQUEIRA, M. F. G. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
207	SCIELO	SCI-56	Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil	ANDRADE, F. B. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
208	SCIELO	SCI-91	Polarization of dental caries among individuals aged 15 to 18 years	HUGO, F. N. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
209	SCIELO	SCI-94	Prevalence and distribution of developmental enamel defects in the primary dentition of pre-school children	LUNARDELLI, S. E.; PERES, M. A.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
210	SCIELO	SCI-96	Prevalence of dental fluorosis in bauru, são paulo, brazil	RAMIRES, I. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
211	SCIELO	SCI-97	Prevalence of enamel defects and associated risk factors in both dentitions in preterm and full term born children	CRUVINEL, V. R. N. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
212	SCIELO	SCI-112	Risk indicators and risk predictors of dental caries in	TAGLIAFERRO, E. P.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta

Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)	REFERÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO
			schoolchildren	S. et al.	Inglês	
213	SCIELO	SCI-114	Risk indicators for tooth loss in adult workers	BATISTA, M. J.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
214	SCIELO	SCI-123	Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition	BORGES, H. C. et al.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
215	SCIELO	SCI-124	Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde	PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F.	SciELO Brasil Idioma(s): Inglês	Não apresenta
216	LILACS	LII-14	Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update	BÖNECKER, M. et al.	Artigo em Inglês LILACS ID: 660439	Não apresenta
217	LILACS	LII-29	Prevalence of dental trauma among 6-7-yearold children in the city of Recife, PE, Brazil	CARVALHO, B. et al.	Artigo em Inglês LILACS ID: 638407	Não apresenta
218	LILACS	LII-33	Trends in dental caries in 12- and 13-year-old schoolchildren from Florianópolis between 1971 and 2009	CONSTANTE, H. M.; BASTOS, J. L.; PERES, M. A.	Artigo em Inglês LILACS ID: 578065	Não apresenta
219	LILACS	LII-34	Dental caries and associated factors among Brazilian adolescents: a longitudinal study	MENDES, L. G. A. et al.	Artigo em Inglês LILACS ID: 521326	Não apresenta
220	LILACS	LII-35	The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children	PERES, M. A. et al.	Artigo em Inglês LILACS ID: 351731	Não apresenta
221	LILACS	LII-38	Association between dental prosthesis and periodontal disease in a rural Brazilian community	MOIMAZ, S. A. S. et al.	Artigo em Inglês LILACS ID: 472283	Não apresenta

APÊNCIDE H – Fontes da Pesquisa Documental

FONTES DA PESQUISA DOCUMENTAL	
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo . Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_programa_acesso_atencao_basica_site.pdf Acesso em: 28 junho 2013	
Cadernos de Atenção Básica, nº. 17 – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Saúde Bucal. Brasília, 2006. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf Acesso em: 22 junho 2013	
Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012 - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação---Geral de Cooperação Interfederativa. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS 2012. 310 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf Acesso em: 19 junho 2013	
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei 8.080, 1 ed. Brasília, 2012, 16 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 03 março 2013.	
IDB - Indicadores e Dados Básicos (IDB) para a Saúde – Brasil , 2000 a 2011 Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201 Acesso em: 29 junho 2013.	
IDSUS - Ministério da Saúde. IDSUS- Indicadores de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011, 62p. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/88-transparencia-da-saude/104-idsus Acesso em: 22 maio 2013	
Portaria GM/MS n.º 3925 de 13 de novembro de 1998 . Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html Acesso em: 13 junho	
Portaria nº 12, de 07 de janeiro de 2000 . Programação da Atenção Básica. Brasília, 2000. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog.../REP_M_P12_00prog_pab.doc Acesso em: 13 junho 2013	
Portaria nº 779/GM em 14 de julho de 2000 . Pacto Atenção Básica 2000. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8428-779.html . Acesso em: 20 jun 2013.	
Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001 . Aprovar, na forma dos ANEXOS I, II e III desta Portaria, a relação de indicadores a serem pactuados no ano 2001 pelos estados e municípios. Brasília, 2001. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-723.htm Acesso em: 13 junho 2013	
Portaria Nº 1.121, de 17 de julho de 2002 . Estabelecer os mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprovar a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios. Brasília. 2002. Disponível em: ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/pacto2002/portaria1121.pdf Acesso em: 13 junho 2013	
Portaria Nº 456, de 16 de abril de 2003 . Estabelece as orientações, mecanismos, fluxos e prazos para a pactuação dos indicadores relativos a 2003 por parte dos Municípios e Estados. Brasília, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-456.htm Acesso em: 13 junho 2013	
Portaria Nº 2.394 de 19 de dezembro de 2003 . Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde constante. Brasília, 2003. Disponível em: ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/pacto2004/portaria2394.pdf Acesso em: 14 junho 2013	
Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005 . Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2005. Brasília, 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-21.htm Acesso em: 22 junho 2013	
Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 . Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. http://dtr2001.sau.de.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm . Acesso em: 29 junho 2013.	

Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR_TARIAS/Port2006/GM/GM-493.htm Acesso em: 22 junho 2013
Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB_LEGIS/PortGM_699_30marco_2006.pdf Acesso em: 26 maio 2013.
Portaria nº 91 de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Brasília, 2007. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf Acesso em: 13 junho 2013
Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da União, 2008. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm Acesso em: 13 junho 2013
Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Manter para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Brasília, 2009. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2009/GM/GM-48.htm Acesso em: 13 junho 2013
Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669-versao_impressao.pdf Acesso em: 22 março 2013.
Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui à saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as diretrizes e orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano 2011. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3840_07_12_2010_rep_comp.html Acesso em: 13 junho 2013
Portaria nº 1.654, de 20 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html Acesso em: 14 junho 2013
PROADESS - Ministério da Saúde. Projeto de Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PROADESS), 2003. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ Acesso em 09 de jun 2013.
Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 07 abril 2011, 26p. Disponível em: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_12%20_2011_avaliacao_para_qualificacao_do_sus.pdf Acesso em: 01 junho 2014
Resolução CIT nº 4 - Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília. 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html Acesso em: 14 junho 2013
RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02 Acesso em: 03 março 2013.

APENDICE I - Modelos de avaliação e o resultado da análise dos objetivos

MODELOS DE AVALIAÇÃO E O RESULTADO DA ANÁLISE DOS OBJETIVOS			
Nº	Título	Objetivo do estudo	Modelo
LI-1	Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes	Verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal na ESF gerou impacto sobre indicadores de saúde bucal relativos à prevalência de agravos e sua respectiva cobertura de tratamento, bem como ao acesso ao serviço público e às ações preventivas em saúde bucal	Não tem modelo
LI-2	Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005	Investigar os cuidados assistenciais bem como o estado de saúde bucal da população residente nos quatro municípios, incluindo a autoavaliação e os fatores associados à percepção ruim de saúde bucal.	Não tem modelo
LI-4	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil	Avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO	Baseado na política
LI-7	Social inequality in health among women in Campinas, São Paulo State, Brazil	Avaliar as desigualdades sociais no estado de saúde e uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade entre mulheres adultas.	Não tem modelo
LI-11	Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008	Analisar a tendência do acesso aos serviços de saúde bucal, do perfil de saúde bucal e da necessidade de tratamento cirúrgico odontológico de crianças paulistanas de 5, 12 e 15 anos de idade em relação ao INS, considerando-	Não tem modelo
LI-12	Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste	Avaliar a prevalência de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida e associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e utilização de serviços por adultos e idosos de Marechal Floriano, ES	Não tem modelo
LI-18	Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica	Apresentar o modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar sua aplicabilidade em municípios de diferentes portes no Estado de Santa Catarina, Brasil.	Modelo próprio
LI-32	Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal	Comparar a prevalência e a intensidade dor de dente, nos últimos 3 meses, em adolescentes moradores de duas áreas de abrangência da ESF com diferentes modelos de atenção em saúde bucal: predomínio de ações de promoção de saúde bucal (ESB na ESF) vs ações somente com oferta de tratamento odontológico (ESF sem ESB).	Não tem modelo
LI-33	Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil	Investigar a influência de indicadores sociais e de saúde no acesso à Atenção Primária na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Não tem modelo
LI-35	Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil	Comparar os desempenhos de cinco regionais	Modelo teórico próprio-

Nº	Título	Objetivo do estudo	Modelo
LI-36	Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil	Comparar a utilização de serviços de saúde em homens economicamente ativos segundo a situação no mercado de trabalho nos anos de 1998, 2003 e 2008, e investigar se ambos estão associados após ajuste por características sócio-demográficas e por um indicador de necessidade de saúde.	Não tem modelo
LI-47	O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas	Apresentar as ações desenvolvidas na construção do modelo de atenção em saúde no Distrito Especial Indígena - Xingu (DSEI-Xingu), na área de saúde bucal, com a efetiva parceria entre a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FORP-USP) e a Colgate, que permitiu a construção social da práxis em saúde no Médio e Baixo Xingu.	Modelo próprio
LI-56	Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos	Verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal no PSF gerou uma maior utilização dos serviços odontológicos no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.	Não tem modelo
LI-57	Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil	Avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas em funcionamento no Estado de Pernambuco, comparando o cumprimento global das metas propostas para cada tipo de Centro de Especialidades Odontológicas em função das características dos serviços e dos municípios onde foram implantados.	Baseado na política
LI-63	Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism	Avaliar práticas de saúde bucal coletiva de dois modelos de atenção à saúde familiar.	Modelo próprio
LI-64	Eqüidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná	Analisar a associação entre indicadores socioeconômicos, de provisão de serviços públicos odontológicos e de alocação de recursos financeiros em saúde, e identificar se associações ocorre em favor da eqüidade vertical.	Não tem modelo
LI-77	Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil	Investigar características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos da Região Sudeste do Brasil. Edentados e dentados	Modelo de Andersen & Davidson
LI-84	Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo	Analisar as condições de saúde bucal – como a prevalência de sangramento gengival à sondagem e cálculo dentário – em adolescentes e sua associação com um índice de utilização do serviço odontológico local	Não tem modelo
LI-101	Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)	Estimar a prevalência de perdas dentárias em adultos brasileiros de 35 a 44 anos investigando associações deste agravo com condições demográficas, sócio-econômicas e com utilização de serviços odontológicos.	Modelo teórico hierárquico de determinação das perdas dentárias

Nº	Título	Objetivo do estudo	Modelo
LI-107	Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003)	Verificar as tendências – entre 1998 e 2003 – das condições de saúde e do uso de serviços de saúde pela população idosa brasileira.	Não tem modelo
LI-119	Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA)	Identificar e descrever os prestadores de serviços odontopediátricos no município de São Luís (MA).	Não tem modelo
LI-141	Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional	Apresentar a experiência de realização da PMS-AB em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro com população superior a cem mil habitantes, onde se expande a estratégia de Saúde da Família para reorganizar a atenção básica.	Instrumento adaptado da PMS-avaliação de desempenho de saúde, sob a ótica dos usuários.
LI-152	Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil	Verificar da associação da oferta de serviços odontológicos, da fluoração das águas de abastecimento público e da condição social com a variação do Índice CPO - D	Não tem modelo
LI-156	Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta	Conhecer a prevalência de dor de origem dental como motivo principal da última consulta odontológica entre trabalhadores e verificar a existência de associação com condições socioeconômicas, características laborais e de acesso aos serviços odontológicos.	Não tem modelo
LI-175	Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida	Avaliar a associação entre proporção de exodontias, indicadores socioeconômicos e oferta de serviços odontológicos nos 52 municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.	Não tem modelo
LI-190	Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren	Avaliar a influência de fatores socioeconômicos e de saúde bucal auto-avaliado na utilização de serviços de saúde bucal de crianças em idade escolar.	Não tem modelo
LI-206	Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil	Testar as diferenças entre os municípios da Região Sul quanto aos indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica, indicadores socioeconômicos, de provisão de Serviços odontológicos, fluoretação das águas e cobertura da saúde bucal na estratégia da saúde da família, bem como conhecer os fatores associados aos indicadores de saúde bucal do pacto nos municípios da Região Sul do Brasil.	Não tem modelo
LI-207	Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda	Identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da ESF, em Ponta Grossa, PR	Modelo de Andersen

Nº	Título	Objetivo do estudo	Modelo
LI-247	Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009	Estimar as necessidades de tratamento de dentes permanentes na população com 15 anos de idade ou mais, além de comparar as necessidades estimadas com o potencial produtivo da rede de Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Não modelo tem
LI-249	A Linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores	Analisar os indicadores de saúde bucal e suas relações com a organização da rede de cuidado em saúde bucal do município de João Pessoa, Paraíba.	Não modelo tem
LI-255	Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil	Avaliar os resultados da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal realizada no contexto da campanha de vacinação contra a gripe em idosos no Estado de São Paulo em 2004.	Não modelo tem
LI-256	Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras	Descrever a morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em adolescentes, adultos e idosos residentes nas capitais brasileiras, no ano de 2009, bem como as despesas decorrentes destas.	Não modelo tem
LI-268	Indicadores socioeconômicos e desigualdades em saúde bucal no Brasil	Relacionar indicadores socioeconômicos com a oferta de cobertura na Atenção Básica e de recursos humanos em saúde bucal por unidade federativa (UF) do Brasil.	Não modelo tem
LI-285	Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional	Analisar a implantação e a distribuição geográfica dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, e ainda, tentar relacioná-las com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos, desenvolveu-se esta pesquisa.	Não modelo tem
LI-301	Distribuição de cirurgiões dentistas pelo território do Estado da Bahia 2007	Analisar a distribuição geográfica dos cirurgiões-dentistas no território do estado da Bahia no ano de 2007; analisar a razão de habitantes por cirurgião-dentista nos municípios; e verificar a relação entre essa razão e a renda per capita média dos municípios e o IDH-Municipal	Não modelo tem
LI-310	Diferenças regionais da taxa de mortalidade por câncer de boca e faringe no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1997-2004	Avaliar as taxas padronizadas de mortalidade de câncer de boca e faringe, para todas as regionais de saúde do estado do RJ, com a finalidade de compreender melhor sua situação epidemiológico-sanitária bem como subsidiar a priorização de ações de prevenção e controle deste câncer no estado.	Não modelo tem
LI-342	Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil	Avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde bucal em moradores da Vila Rural Serra dos Dourados, pertencente ao município de Umuarama-PR.	Não modelo tem
LI-344	Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX	Conhecer alguns indicadores sociais que, sabidamente, influenciam o processo saúde-doença, busca-se analisar, neste estudo, se tais indicadores modularam os serviços públicos municipais de saúde bucal no Estado de São Paulo, no final do século XX.	Não modelo tem

Nº	Título	Objetivo do estudo	Modelo
LI-355	Prevenção de cárie dentária por bochechos com flúor em município com água fluoretada	Comparar a prevalência de cárie dentária em escolares da Cidade de Londrina que participaram do programa semanal de bochecho com fluoreto de sódio a 0,2% com a prevalência de cárie em escolares que não participaram do programa.	Não tem modelo
SC-21	Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI	Verificar a ocorrência e eventuais implicações da entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo e o vigoroso crescimento da assistência odontológica suplementar no âmbito do município de São Paulo, maior cidade do país, destacando-se o objetivo de alinhar suas práticas públicas odontológicas à política nacional de saúde bucal.	Não tem modelo
SC-86	Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo	Caracterizar, segundo o sexo, as condições de saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos em idosos residentes no município de Manaus, AM.	Não tem modelo
SC-134	Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006	Analisar o grau de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal, considerando o modelo de reorientação da atenção em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, de 1999 a 2006.	Modelo análise adaptada de chaves e vieira-da-silva, 2007
SC-184	A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population/ Qualidade de vida pela saúde bucal em uma população de idosos do município de Piracicaba: um estudo transversal	Medir a auto-percepção nas condições de saúde bucal de 137 idosos do município de Piracicaba, São Paulo, Brasil; considerando a influência de variáveis sociodemográficas, situação de institucionalização, e acesso aos serviços de saúde bucal sobre a pontuação final do índice GOHAI.	Não tem modelo
SC-362	Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais	Testar associações entre indicadores de atenção básica à saúde bucal e indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos.	Não tem modelo
SC-411	Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de Salvador, Bahia, 2001/ Dental caries prevalence of schoolchildren of 12 and 15 years old in Salvador, Bahia, 2002	Analisar a prevalência e severidade da cárie dentária em Salvador, segundo distrito sanitário, de forma a identificar as iniquidades na distribuição dessas doenças e contribuir para a programação em saúde bucal.	Não tem modelo

APENDICE J – Tabela de Indicadores nas Categorias: Gestão, Condição de Saúde Bucal, Socioeconômicos e Demográficos e os Métodos de Cálculos, Instrumento de Coleta, Fonte de Informação e Propósitos

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DEMANDA			
SUBDIMENSÃO	SERVIÇO-ASSISTÊNCIA/NECESSIDADE ATENDIDA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Acesso à assistência odontológica pública	1) Proporção de indivíduos que foram consultados por cirurgião-dentista da rede pública nos 12 meses, 2) Necessidade referida de tratamento dentário. Classificou o acesso em grupo assistido (achavam que tinham necessidade de tratamento dentário e foram ao cirurgião-dentista da rede pública) e não assistidos (achavam que tinham necessidade, mas não foram ao cirurgião-dentista da rede pública)	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não Apresenta
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	CAPACIDADE INSTALADA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Nº de clínicas odontológicas	Medida de cálculo: valor absoluto. Nº de clínicas odontológicas	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Número de consultórios odontológicos no serviço público	Medida de cálculo: Média e valor absoluto. Número de consultórios SUS/1.000 habitantes	Registro Institucional (Relatório oficial da SES-PR)	FONTE PRIMÁRIA: Relatório oficial da SES-PR	Provisão de serviços. Dimensão: oferta de serviços
Assistência especializada	Medida de cálculo: não apresenta. Existência de referência operante para as especialidades em saúde bucal	Menciona, mas não específica	Menciona, mas não específica	Indicador de relevância (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Infraestrutura)
Acesso ao serviço de saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual de unidades de saúde com atendimento em saúde bucal	Menciona, mas não específica	Menciona, mas não específica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Infraestrutura)
Adequação da capacidade instalada	Número de consultórios/total população	Menciona, mas não específica	Menciona, mas não específica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Infraestrutura)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Nº de unidades públicas municipais e estaduais	Nº de unidades públicas municipais e estaduais	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Entrevista com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	Não Apresenta
Existência de radioterapia no SUS	Não apresenta	Recuperação de dados (SIA do SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco dados do SIA do SUS	Indicadores da atenção à saúde para verificar o acesso ao tratamento especializado
Taxa média do número de Equipamento odontológico/ 1000 habitantes (SIA/SUS)	Medida de cálculo: Valor absoluto e média. Número de Equipamento odontológico/ 1000 habitantes	Recuperação de dados (SIA do SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: SIA/SUS	Indicador da dimensão da oferta de serviços odontológicos. Capacidade instalada
Número de equipamentos odontológicos para cada 10.000 habitantes	Número de equipamentos odontológicos para cada 10.000 habitantes – refere-se ao total de equipamentos odontológicos registrados pelo SIA/SUS	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SIA/SUS	Resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal adotadas nos Municípios
Número de unidades de saúde segundo número de consultórios odontológicos e consultórios odontológicos em funcionamento	Medida de cálculo: valor absoluto. Distribuição das unidades de saúde segundo número de consultórios odontológicos e consultórios odontológicos em funcionamento	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Entrevista com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	Não Apresenta
Percentual de unidades que possuem consultórios específicos para de criança	Medida de cálculo: Percentual de unidades que possuem consultórios específicos para de criança	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Entrevista com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	Não Apresenta
Consultórios odontológicos do SUS por mil habitantes	Medida de cálculo: Razão. Relação entre consultórios odontológicos do SUS e habitantes	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	DIMENSÃO: Oferta/uso de serviços odontológicos.

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	EDUCAÇÃO E/OU PROMOÇÃO DA SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	Percentual de profissionais da odontologia das unidades de saúde que participam de algum grupo de idosos, na própria unidade de saúde ou na comunidade	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal", Subdimensão: Promoção e prevenção)
Atuação multiprofissional	Percentual de unidades de saúde que encaminham os adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em saúde bucal	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal"; Subdimensão: Promoção e prevenção)
Controle de cárie	Percentual de unidades de saúde com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal", Subdimensão: Promoção e prevenção)
Atividades coletivas em saúde bucal	Número de procedimentos coletivos no ano/total população na faixa etária	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal", Subdimensão: Promoção e prevenção)
Educação em saúde bucal	Percentual de unidades de saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Promoção e prevenção)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Razão entre o número de procedimentos coletivos em população menor que 14 anos.	Procedimentos coletivos: Exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada. O numerador foi calculado dividindo-se a soma da quantidade de procedimentos coletivos apresentada pelo município mês a mês, em cada ano, pelo número de meses. O denominador é o total da população entre zero a 14 anos de idade residente no município. Relação favorável, os valores mais próximos de 1,0	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dado do SIA/SUS	Indicadores de serviços de saúde bucal na atenção básica.
Cobertura da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada	Média mensal de participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada dividida pela População total do município	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: DATASUS	Dimensão: utilização de serviços odontológicos
Cobertura de ações de escovação supervisionada	Não apresenta	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS (SIA E SIAB)	Indicador que expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.
Participação em programa preventivo de bochecho com flúor	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim ou não	Questionário com perguntas fechadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Promoção de saúde	Total de participantes dos eventos de educação / população total da área x 100	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Ações coletivas	Total de participantes da escovação supervisionada e ATF / população total da área x 100	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Participação programas coletivos últimos dois anos	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim ou não	Questionário.	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Verificar a cobertura do serviço de saúde bucal
Programa preventivo de cunho municipal	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim ou não	Questionário fechado – adaptado do modelo de Ribeiro e col.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	INFORMAÇÃO EM SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Informação em saúde	Percentual de unidades de saúde que hoje possuem material educativo e/ou informativo em saúde bucal	Menciona, mas não específica	Menciona, mas não específica	Indicador de relevância (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Participação popular)
Recebeu informação sobre prevenção das doenças bucais	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Questionário	Avaliar o acesso
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	INSUMOS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Suporte material e instrumental para as atividades e ações da AB em saúde bucal.	Medida de cálculo: não apresenta	Registro Institucional (Documentos da gestão)	FONTE PRIMÁRIA: Registros produzidos pela gestão	Avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal dimensão "O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica"
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	RECURSOS FINANCEIROS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Alocação de recursos para saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual de investimento em saúde bucal do total investido na saúde	Menciona, mas não específica	Menciona, mas não específica	Indicador de eficiência (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Infraestrutura)
Alocação de recursos para saúde bucal	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Incentivo às ações de saúde bucal na ESF/hab (R\$)	Montante do PAB variável, per capita, destinado às ações de saúde bucal na saúde da família)	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA-SUS	Indicador da dimensão: Alocação de recursos financeiros

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Valor médio pago por internação (R\$) hospitalar de pacientes com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária	Não apresenta	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do no DATASUS/MSSUS	Não Apresenta
Despesa total dos municípios com saúde per capita	Medida de cálculo: Média (R\$)	Recuperação de dados (SIOP)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIOP	Indicador da dimensão: Recursos financeiros alocados em saúde
Total de despesa realizada em saúde per capita	Corresponde à despesa total em reais, realizada no âmbito do Programa de Saúde Bucal, por habitante	Recuperação de dados (Pesquisa Perfil Municipal de Saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Pesquisa do Perfil Municipal de Saúde	Gerenciamento financeiro das prefeituras referentes aos serviços de saúde
Receita municipal total em reais	Indicador transformado em valores per capita, engloba as receitas próprias das prefeituras e as receitas transferidas, provenientes das esferas estadual e federal e inclusive privadas; como operações de crédito (recursos captados junto ao sistema financeiro)	Recuperação de dados (Pesquisa Perfil Municipal de Saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Pesquisa do perfil Municipal de Saúde	Gerenciamento financeiro das prefeituras referentes aos serviços de saúde
Custo mensal do programa de bochecho — por criança	Média dos vencimentos por dias trabalhados no programa das auxiliares de odontologia e técnicas em higiene dental, o custo de produção do fluoreto de sódio a 0,2% e o custo de transporte. Considerando-se três bochechos por mês, calculou-se o custo em 1 ano.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Custo de um programa de educação para a saúde e promoção do auto-cuidado,	Calculou-se a distribuição de um tubo de dentifrício com flúor e uma escova de dentes para cada criança, no mesmo período.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Gasto com saúde bucal (R\$ por 100 habitantes)	Avaliado o gasto em saúde bucal por cada um dos procedimentos básicos: 1) Procedimentos coletivos; 2) Procedimentos individuais preventivos; 3) Dentística básica; 4) Odontologia cirúrgica básica; e os especializados: 5) Dentística especializada; 6) Periodontia; 7) Endodontia; 8) Odontologia cirúrgica especializada; e 9) Odontorradiologia.	Recuperação de dados (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Não Apresenta
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	RECURSOS HUMANOS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Número de cirurgiões-dentistas	Medida de cálculo: Valor absoluto do número de cirurgiões-dentistas	Registro Institucional (Coordenadorias Regionais de Saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Coordenadorias Regionais de Saúde	Capacidade física instalada

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Número total de dentistas do SUS por mil habitantes	Número total de dentistas do SUS por mil habitantes	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Taxa média do número do Cirurgião-dentista/ 1000 habitantes	Medida de cálculo: Valor absoluto e média do nº de crurgião-dentista/ 1000 habitantes	Recuperação de dados (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) disponível SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) disponível SIA/SUS	Indicadores da dimensão da oferta de serviços odontológicos. Capacidade instalada
Número total de dentistas por mil habitantes (CD/POP)	CDPOP: Número de cirurgiões dentistas residentes no município por 1.000 hab	Registro Institucional (SES)	FONTE PRIMÁRIA: SES	Provisão de serviços
Número total de dentistas cadastrados no Sistema Único de Saúde por mil habitantes (CD SUS/POP)	CDSUSPOP: o número de cirurgiões dentistas cadastrados pelo Sistema Único de Saúde por 1.000 hab	Recuperação de dados (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: SIA/SUS	Provisão de serviços
Razão do nº cirurgião-dentista por Unidade de Saúde (Nº CD/US)	Medida de cálculo: Razão do Nº CD/US	Registro Institucional (Coordenadorias Regionais de Saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Coordenadorias Regionais de Saúde	Capacidade física instalada
Razão entre o número de dentistas no município por mil habitantes (CD/POP)	CD/POP: Razão entre o número de dentistas no município por mil habitantes	Registro institucional (CRO)	FONTE PRIMÁRIA: CRO	Indicadores de provisão de serviços odontológicos
Presença de saúde bucal na ESF	Medida de cálculo: Percentual segundo presença ou ausência de cobertura pela ESB na ESF	Recuperação de dados (SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: DATASUS (SIAB)	Não Apresenta
Presença de ESB na ESF	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim ou não segundo presença de ESB na ESF com a combinação de ações de promoção de saúde e de tratamento odontológico	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Oferta de serviço conforme o Modelo de atenção à saúde bucal.
Presença da equipe de saúde bucal no PSF	Medida de cálculo: Percentual conforme ESB implantada na ESF comparando o modelo da atenção da ESF e o modelo de atenção tradicional	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio) pela ACS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio pela ACS	Não Apresenta
Número de Equipe de Saúde Bucal	Media de cálculo: Valor absoluto do Nº de ESB (ESB- Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal)	Registro Institucional (Coordenadorias Regionais de Saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Coordenadorias Regionais de Saúde	Dimensão: Capacidade física instalada
Acesso ao dentista	Número de horas: cirurgião-dentista/população	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Recursos humanos)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Trabalho em equipe	Proporção auxiliar/cirurgião-dentista	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficiência (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Recursos humanos)
Presença de Odontopediatra na rede municipal	Existência de odontopediatra na rede municipal	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Saúde do trabalhador	Percentual de unidades de saúde com serviço de saúde bucal no 3o turno	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Número de cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO) por 1.000 habitantes.	Medida de cálculo: Média e valor absoluto do Número total de dentistas/1.000 habitantes	Registro Institucional (Relatório oficial da SES-PR)	FONTE PRIMÁRIA: Relatório oficial da SES-PR	Provisão de serviços. DIMENSÃO: oferta de serviços
Número de cirurgiões-dentistas registrados no CFO	Medida de cálculo: valor absoluto do Número de cirurgiões-dentistas registrados no CFO	Registro Institucional (CRO)	FONTE PRIMÁRIA: CRO	Oferta de Recursos Humanos
Número de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO/SP, para cada Município do Estado, ajustado para cada 10.000 habitantes;	Número de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO/SP, para cada Município do Estado, ajustado para cada 10.000 habitantes;	Registro Institucional (CRO)	FONTE PRIMÁRIA: CRO	Indicadores de recursos odontológicos
Razão entre Nº de habitantes e Nº de cirurgiões-dentistas cadastrados no serviço público no município	População total do município dividida pelo Nº de profissionais cadastrados no serviço público	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Oferta de serviços odontológicos. Disponibilidade de profissionais nos municípios

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Razão de habitantes por dentista nos municípios do estado	Não apresenta	Registro Institucional (CRO) e Recuperação de dados (IBGE e CNES)	FONTE PRIMÁRIA: CRO e FONTE SECUNDÁRIA: IBGE E CNES	Não Apresenta
Razão entre no. de habitantes e no. de cirurgiões-dentistas residentes no município	População do município dividida pelo Nº de profissionais residentes	Registro Institucional (CFO) e Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE PRIMÁRIA: CFO e FONTE SECUNDÁRIA: CRO e DATASUS	Oferta de serviços odontológicos. Disponibilidade de profissionais nos municípios
Razão entre o Nº ESB por US	Razão: Nº ESB/US	Registro Institucional (Coordenadorias Regionais de Saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Coordenadorias Regionais de Saúde	Capacidade física instalada
Nº de cirurgiões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS	Número de cirurgiões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS, foram considerados todos os médicos cadastrados no CNES para atendimento como cirurgiões de cabeça e pescoço em unidades próprias ou conveniadas ao SUS	Recuperação de dados (CNES)	FONTE SECUNDÁRIA: CNES	Indicadores da atenção à saúde para verificar o acesso ao tratamento especializado
Número de Profissionais universitários para cada 10.000 habitantes	Profissionais universitários para cada 10.000 habitantes – cirurgiões-dentistas (CD) sob a gerência das prefeituras	Recuperação de dados (Perfil Municipal de Saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa do perfil Municipal de Saúde	Resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal adotadas nos Municípios
Nº Profissionais não universitários para cada 10.000 habitantes – auxiliares de odontologia sob a gerência das prefeituras	Profissionais não universitários para cada 10.000 habitantes – auxiliares de odontologia sob a gerência das prefeituras	Registro Institucional (Conselho Federal de Odontologia)	FONTE PRIMÁRIA: Conselho Federal de Odontologia	Resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal adotadas nos Municípios
Realização da supervisão do trabalho desenvolvido pelas equipes;	Medida de cálculo: não apresenta	Registro Institucional (Documentos da gestão)	FONTE PRIMÁRIA: Registros produzidos pela gestão	Adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal dimensão “O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica”
Número de dentistas no setor público	Medida de cálculo: Valor absoluto do Nº de dentista no setor público	Registro Institucional (Documentos da gestão)	FONTE PRIMÁRIA: Registros produzidos pela gestão	Adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal dimensão “Oferta da assistência odontológica” (Cobertura potencial)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Recursos humanos disponíveis para a gestão da saúde bucal	Medida de cálculo: não apresenta	Questionário aplicado com os gestores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os gestores	Adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal dimensão: "O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica"
Número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas	Número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas	Questionário aplicado com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com profissionais do serviço	Não Apresenta
Número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria	Número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria	Questionário aplicado com o diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com profissionais do serviço	Não Apresenta
Nº de dentista por 10.000 habitantes	Medida de cálculo: Média do nº de dentista por 10.000 habitantes	Registro Institucional (CFO) e Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE PRIMÁRIA: CFO	Avaliar a oferta de serviços
Nº de dentista do serviço público por 10.000 habitantes	Medida de cálculo: Média do nº de dentista do serviço público por 10.000 habitantes	Recuperação de dados (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Avaliar a oferta de serviços
Horas de trabalho semanais dentista no serviço público por 10.000 habitantes	Medida de cálculo: Média de horas de trabalho semanais do dentista no serviço público por 10.000 habitantes	Recuperação de dados (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Avaliar a oferta de serviços
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	OFERTA			
SUBDIMENSÃO	SERVIÇO-ASSISTÊNCIA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido (anos) desde a última consulta odontológica	Tempo decorrido da última visita ao dentista (anos) categorizado em < 1; 1-2; 3 ou +	Recuperação de dados (PNAD 1998 e 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD 1998 e 2003	DIMENSÃO: Uso dos serviços

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de indivíduos segundo número de visita odontológica no ano anterior	Percentual: Número de visitas ao dentista no ano anterior ao estudo. ≤ 1 ; > 1 número de visita	Recuperação de dados (pesquisa em escolares brasileiros, entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa em escolares brasileiros, entre 1997 e 2004	Utilização dos serviços
Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Número total de procedimentos individuais na faixa etária/número total de tratamentos concluídos na faixa etária no mês	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Tratamento conservador	Número total de exodontias de dentes permanentes/número total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Proporção de emergências	Número de pacientes atendidos na emergência/pacientes marcados no mês, na faixa etária	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Acesso a serviço odontológico	Medida de cálculo: Percentual segundo frequência de consulta ao dentista nos últimos 12 meses-autoreferido categorizado em sim ou não	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar o acesso
Percentual de idosos segundo utilização do serviço	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos segundo utilização do serviço categorizado em usaram há menos de um ano e há mais de um ano.	Recuperação de dados (SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Dimensão: utilização dos serviços
Tempo decorrido desde a última consulta odontológica	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica categorizado em até 1 ano, 1 a 2 anos e mais de 2 anos	Recuperação de dados SBBRASIL	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Dimensão: utilização dos serviços odontológicos
Consulta dentista regularmente (Possui dentista regular)	Medida de cálculo: Valor absoluto e Percentual categorizado em sim ou não.	Recuperação de dados (estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR)	FONTE SECUNDÁRIA: Dados do estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR	Fator facilitador para utilização dos serviços. Dimensão: sociodemográfico

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de indivíduos que consultou o dentista pelo menos uma vez	Medida de cálculo: Percentual segundo consulta pelo menos uma vez	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Frequência de consulta odontológica no último ano	Medida de cálculo: Frequência de consulta odontológica categorizado em menos que 1 anos; mais que 1 ano	Questionário sociodemográfico e de acesso aos serviços	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Acesso ao dentista no último ano	Medida de cálculo: Percentual segundo acesso ao dentista no último ano categorizado em sim ou não	Questionário.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar o acesso ao serviço odontológico
Tratamento da dor de origem dentária	Medida de cálculo: Frequência. Número de indivíduos que autorreferiram dor de dente e foram tratados no serviço público local-	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Indicador de Cobertura de ações curativo-reparadora
Tratamento restaurador	Medida de cálculo: Percentual segundo indivíduos que fizeram obturação na sua unidade de saúde - autorreferido	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Indicador de Cobertura de ações curativo-reparadora
Tratamento mutilador	Medida de cálculo: Percentual. Prevalência de extração ou Cobertura de exodontia-autorreferido.	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Indicador de Cobertura de ações curativo-reparadora
Acesso as ações preventivas individuais	Medida de cálculo: Percentual. Prevalência de indivíduos que responderam ter feito prevenção (limpeza, aplicação de flúor) na sua unidade de saúde	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Identificar a cobertura de ações preventivas. Porém, o autor fala também de Indicador de acesso.
Acesso as ações preventivas coletivas	Medida de cálculo: Percentual. Prevalência de indivíduos que responderam ter participado de palestras sobre saúde bucal.	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Identificar a cobertura de ações preventivas. Indicador de acesso
Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF	Medida de cálculo: Percentual. Municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Características estruturais dos serviços
Cobertura da estratégia de saúde da família	Proporção da população coberta por esta estratégia, calculada dividindo a população registrada no DATASUS (modelo ESF) pela população total no mesmo local e período, multiplicar por 100	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Informação em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde públicos pela população.
Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF	Medida de cálculo: Percentual de municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Não Apresenta
Proporção da população coberta por equipe de saúde bucal no Programa de Saúde de Família (COBESBPSF)	Medida de cálculo: Percentual da população coberta por ESB	Recuperação de dados (SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS (SIAB)	Provisão de serviços odontológicos

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Visita ao dentista (em anos)	Medida de cálculo: Percentual de visita ao dentista em anos: 0-8 e mais que 9	Recuperação de dados (Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008	Verificar o uso dos serviços
Percentual de indivíduos segundo número de visita ao dentista nos últimos 12 meses ou há menos 3 anos	Medida de cálculo: Prevalência de consulta odontológica categorizado em nenhuma, uma ou mais	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD realizada pela Fundação IBGE	Indicador usado para verificar a utilização dos serviços de saúde ou características de acesso aos serviços de saúde
Percentual que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano	Medida de cálculo: Percentual que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano	Questionário aplicado em âmbito nacional para avaliação de desempenho de saúde	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Indicador que reflete, de maneira singular, as desigualdades socioeconômicas em saúde. DIMENSÃO: Indicador DE Coberturas de programas de saúde
Última visita ao dentista	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido da última visita odontológica (em meses) categorizado em menor ou igual a 6 meses, maior que 7 meses	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Visita ao dentista	Medida de cálculo: Percentual. Visita a qualquer serviço de atendimento odontológico nos últimos 6 meses	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Porcentagem de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista.	Medida de cálculo: Percentual de pessoas (15 a 19 anos) que nunca foram ao dentista.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SBBRASIL 2003	Acesso ou índices de pessoas que nunca frequentaram o dentista
Visita ao dentista	Medida de cálculo: Percentual segundo há quanto tempo foi ao dentista categorizado em nunca foi ao dentista, menos de 1 anos, 2 a 3 anos ou mais	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar a utilização do serviço odontológico
Última consulta ao dentista	Medida de cálculo: Percentual categorizado em nunca/acesso irregular; acesso regular (< 1 ano)	Questionário com perguntas fechadas sobre condições socioeconômicas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Acesso a serviço odontológico	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com dificuldade no acesso ao serviço odontológico. Questionamento o tempo desde a última consulta odontológica, dificuldade no acesso Categorizado em nunca foram ao dentista; mais de 3 anos	Recuperação de dados ("Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal da Cidade de São Paulo, 2008-2009")	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de São Paulo, 2008-2009".	Avaliar o acesso e mostra a dificuldade de acesso aos serviços aqueles que nunca consultaram um dentista. Tendência do acesso aos serviços

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tempo desde a última consulta (Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em nunca foi atendido; menos de 1 ano; 1 ou mais anos	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Acesso ao dentista	Medida de cálculo: Percentual de usuário que já foi ao dentista categorizado em sim ou não	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar o acesso
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Não apresenta	Recuperação de dados (SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIAB	Não Apresenta
Acesso	Exames clínicos / população total da área x 100	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Controle doença cárie e doença periodontal	Indivíduos com 1a fase de tratamento concluído * / população total da área x 100. OBSERVAÇÃO: * Adequação do meio bucal	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Prevenção individual	Número total de procedimentos não invasivos */total de procedimentos na faixa etária	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal", Subdimensão: Promoção e prevenção)
Relação restaurações/extrações	Total restaurações /total de extrações	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Cobertura de atendimento odontológico	Total de 1a consulta na faixa etária/total da população na faixa etária	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia no ano	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Promoção e prevenção)
Atendimento preferencial	Percentual de unidades de saúde em que os idosos são agendados preferencialmente	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de unidades segundo nível de complexidade e nível de gestão	Percentual de unidades de acordo com o nível de complexidade (Atenção primária (centro e unidades de saúde); Atenção secundária (unidades mistas); Atenção terciária (hospitais)) e segundo nível de gestão (municipal ou estadual)	Questionário aplicado ao diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os profissionais do serviço	Não Apresenta
Percentual de unidades de saúde de acordo com os tratamentos oferecidos para as dentições decídua e permanente	Percentual de unidades de saúde de acordo com os tratamentos oferecidos (procedimentos preventivos: raspagem supra-gengival, profilaxia, orientação de higiene bucal e fluoroterapia e endodônticos: pulpotomia (tratamento da polpa coronária) e pulpectomia (tratamento da polpa radicular) para as dentições decídua e permanente	Questionário aplicado ao diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os profissionais do serviço	Não Apresenta
Índice de cuidados odontológicos	Proporção do número de dentes restaurados em relação ao total de dentes com experiência de cárie (cariados, extraídos ou restaurados)	Recuperação de dados do (levantamento epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo, seguindo critérios diagnósticos da OMS	Mensurar a utilização de serviços odontológicos. Tradicionalmente usado em avaliações e análises comparativas de efetividade dos programas de atendimento odontológico.
Tipo de serviço odontológico de referência utilizado	Medida de cálculo: Valor absoluto e Percentual categorizado em Público ou privado.	Recuperação de dados (estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR	Fator facilitador para utilização dos serviços. DIMENSÃO: sociodemográfico
Proporção de exodontias de dentes permanentes em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais realizados	Proporção de exodontias de dentes permanentes em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Utilização de serviços odontológicos. Considerado o pior desfecho em saúde bucal, indicando também o grau de mutilação relacionado à assistência odontológica individual
Motivo da utilização de serviços	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da utilização de serviços categorizado em tratamento de rotina e prevenção; tratamento de urgência	Entrevista.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses.
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em rotina, problemas bucais: dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços ou manchas na boca)	Recuperação de dados do SB Brasil 2003	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: Predisposição de Necessidade de tratamento

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Prevalência de dor dental como motivo da última consulta odontológica	Medida de cálculo: Percentual segundo presença de dor de origem dental como motivo da última consulta odontológica categorizado em sim ou não	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a utilização dos serviços. DIMENSÃO: utilização do serviço
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo de consulta categorizado em dor; sangramento gengival; cavidades nos dentes; feridas, caroços; outros	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar o acesso
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em urgência/tratamento; controle/manutenção; outros	Questionário com perguntas fechadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Motivo do atendimento	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo do atendimento categorizado em nunca foi atendido; Consulta de rotina/manutenção; dor; sangramento gengival/cavidade nos dentes; outros	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Motivo da consulta	Percentual de pessoas segundo motivo da consulta odontológica: check-ups de rotina, dor ou desconforto, como sangramento gengival, cáries dentárias, feridas bucais ou inchaço facial.	Questionário sociodemográfico e de acesso aos serviços	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar o acesso ao serviço
Cobertura da primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas dentais agendada realizadas em cada município, no ano, dividido pela população total na mesma localidade e período, multiplicar por 100.	Recuperação de dados (Sistema de Informação do SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Sistema de Informação do SUS	Dimensão: Indicadores de cuidados de saúde primários. Informação sobre o acesso e uso dos serviços de saúde públicos pela população.
Cobertura da primeira consulta programática	Nº total de primeiras consultas no município dividido pela população total do município	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Dimensão: oferta de serviços odontológicos
Cobertura de 1ª Consulta Odontológica	Razão entre o número de primeiras consultas odontológicas no ano e a população multiplicado por 100	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS de 2000 a 2005.	Indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual
Cobertura de primeira consulta anual programática	Total de consultas é dividido pela população no mesmo local e período.	Recuperação de dados (Departamento de Informática do SUS (DATASUS)- SIA E SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS (SIA E SIAB)	Indicador de acesso, analisar a cobertura da população com acesso a essa consulta, identificando variações geográficas e temporais, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS	Não apresenta	Registro Institucional (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro)	FONTE PRIMÁRIA: Registro da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	Indicador de acesso à detecção ou diagnóstico precoce.
“Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática”	Razão entre o número de primeiras consultas odontológicas no ano e a população multiplicado por 100	Registro Institucional (Boletim CEInfo em Dados, da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS de São Paulo)	FONTE PRIMÁRIA: Boletim CEInfo em Dados, da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS de São Paulo	Aferir o acesso a serviços odontológicos públicos. Neste indicador, não são referidos atendimentos eventuais como os de urgência/emergência. Indicadores de cobertura assistencial odontológica pública
Cobertura de 1ª Consulta Odontológica	Número total de primeiras consultas realizadas no município em determinado ano pela população total do município e multiplicados por 100. Consultas de urgência e emergência não são incluídas	Recuperação de dado (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dado do SIA/SUS	Indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual.
Proporção de procedimentos individuais preventivos	Nº de procedimentos individuais preventivos (Fluoroterapia, controle de placa, aplicação de selante, tartarectomia) dividido pelo total de procedimentos odontológicos individuais	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dado do SIA/SUS	Dimensão: utilização de serviços odontológicos
Número de procedimentos odontológicos coletivos per capita na população de zero a 14 anos de idade	Razão entre procedimentos odontológicos coletivos (PCOL) e a população entre zero a 14 anos de idade. Procedimentos odontológicos coletivos: exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS de 2000 a 2005	Não Apresenta
Razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica (EXO)	Proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS de 2000 a 2006	Mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal.
Razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica (EXO)	Proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais (EXO)	Recuperação de dado (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dado do SIA/SUS	Indicador que mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Razão entre nº de habitantes e nº de Equipes de Saúde Bucal	População total do município dividida pelo Nº de Equipes de Saúde Bucal	Registro Institucional (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais)	FONTE PRIMÁRIA: Registro da SES MG	Oferta de serviços odontológicos. Disponibilidade de profissionais nos municípios
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	Nº de procedimentos odontológicos especializados dividido população total do município	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Dimensão: utilização de serviços odontológicos
Proporção de procedimentos especializados odontológicos	Não apresenta	Recuperação de dados (DATASUS- SIA E SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS (SIA E SIAB)	Possibilita a análise do acesso aos serviços públicos odontológicos especializados.
Proporção de procedimentos individuais restauradores	Nº de procedimentos individuais de dentística básica (Restaurações plásticas diretas) dividido pelo Total de procedimentos odontológicos individuais	Recuperação de dado (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dado do SIA/SUS	Dimensão: utilização de serviços odontológicos
Total de indivíduos examinados	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Características das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal
Lesões suspeitas de malignidade	Não apresenta	Registro institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Características das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal
Média de permanência das internações hospitalares (em dias)	Não apresenta	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do no Datasus/MS	Não Apresenta
Porcentagem de população coberta na Atenção Básica	Medida de cálculo: Percentual de população coberta na Atenção Básica	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DataSUS	Oferta de cobertura
Quantidade de procedimentos anatomopatologia por caso novo de câncer	Não apresenta	Recuperação de dados (SIA SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA SUS	Indicadores da atenção à saúde para verificar o acesso ao tratamento especializado
Número de CACON por mil casos anuais de câncer	Baseado na portaria 741 do Ministério da Saúde, que define que a cobertura de um CACON deve corresponder a uma região com mil casos novos anuais de câncer.	Recuperação de dados (INCA e Regionais)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do INCA e Regionais	Indicador da atenção à saúde para verificar o acesso ao tratamento especializado

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Cobertura Populacional Potencial	Total de ESB da ESF. A partir da soma das populações potencialmente cobertas por cada equipe. Cálculo de cobertura potencial, proposto por Chaves e Vieira-da-Silva (2007), que estabelece uma relação de um cirurgião-dentista para cada 3 mil habitantes com renda insuficiente, e dos Indicadores “Cobertura Potencial de Recursos Humanos” e “Taxa de Cobertura Real de Procedimentos”, propostos por Ribeiro-Sobrinho e colaboradores (2008).	Recuperação de dados (Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do MS)	FONTE SECUNDÁRIA: CNSB/MS	O Indicador “Cobertura Populacional Potencial” não estabelece relação entre cirurgiões-dentistas e população e não analisa a capacidade de produção de procedimentos. Indicadores de cobertura assistencial odontológica pública
“Cobertura de Primeira Consulta de Odontologia”	Medida de cálculo: Percentual: Indicador utilizado até 2005, incluía os atendimentos eventuais de urgência, dividida pela população do município	Registro Institucional (Boletim CEInfo em Dados)	FONTE PRIMÁRIA: Boletim CEInfo em Dados.	Indicadores de cobertura assistencial odontológica pública
Número de beneficiários segundo o tipo de plano de saúde no município	Percentual: Exclusivamente odontológico; outros planos com cobertura odontológica	Recuperação de dados (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	FONTE SECUNDÁRIA: Agência Nacional de Saúde Suplementar	Não Apresenta
Atendimentos odontológicos hab/ano	Número de consultas odontológicas/habitante/ano	Recuperação de dados (SIA SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA SUS	Avaliar o acesso à Atenção Básica e de Média Complexidade.
Cobertura de Primeira Consulta odontológica (SIA-SUS);	Não apresenta.	Recuperação de dados (SIA SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA SUS	Grau de adequação da gestão em saúde bucal foi calculado atribuindo escore para cada dimensão: incipiente; intermediário e avançada.
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais (SIA-SUS).	Medida de cálculo: não apresenta	Recuperação de dados (SIA SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA SUS	Avaliação da adequação da gestão da atenção básica em saúde bucal. DIMENSÃO: “Utilização de Serviços (cobertura real)”.
Tipo de profissional procurado	Medida de cálculo: Percentual conforme categoria profissional como ACS, médico e cirurgião-dentista	Entrevista.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses.
Procura o mesmo serviço de saúde	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Recuperação de dados da PNAD realizada pela Fundação IBGE	Características de acesso aos serviços de saúde ou utilização dos serviços de saúde
Indicador de cuidados assistenciais odontológicos.	Indicador composto: 1) Frequência de visita odontológica e 2) uso de prótese	Questionário aplicado em âmbito nacional para avaliação de desempenho de saúde	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Verificar os cuidados assistenciais

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Turnos de atendimento odontológico e número de dias semanais	Turnos de atendimento odontológico e número de dias semanais	Questionário aplicado com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com profissionais do serviço	Não Apresenta
Percentual das unidades de saúde visitadas disponibilizam atendimento odontológico para crianças.	Percentual das unidades de saúde visitadas disponibilizam atendimento odontológico para crianças.	Questionário aplicado com diretor ou responsável pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal e/ou o próprio cirurgião-dentista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com profissionais do serviço	Não Apresenta
Encaminhamentos para elucidação diagnóstica	Não apresenta	Registro institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Características das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal
Acesso a serviços odontológicos nos últimos 12 meses	Percentual de indivíduos segundo visita ao dentista no último ano categorizado em visitou ou não visitou	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: Acesso aos serviços odontológicos
Acesso ao dentista	Medida de cálculo: percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a necessidade odontológica normativa
Percentual de indivíduos que já foi ao dentista	Medida de cálculo: percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso
Consulta ao dentista	Medida de cálculo: frequência conforme consulta ao dentista categorizado em 2 anos e mais; Menos de 2 anos	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal de Guarulhos, 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal de Guarulhos, 2006	Verificar sobre a oferta de acessos aos serviços de saúde bucal
Percentual de procedimentos preventivos	Medida de cálculo: Percentual de procedimentos preventivos (fluoroterapia, controle de placa, aplicação de selante, tartarectomia)	Recuperação de dados (SIA/SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	DIMENSÃO: Oferta/uso de serviços odontológicos. Chamou de variável exploratória
Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família	Medida de cálculo: percentual de residentes em área com ESB categorizado em sim ou não	Questionário fechado – adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Não Apresenta
Percentual de usuários que fez visita ao dentista no último ano/mês	Medida de cálculo: percentual segundo visita ao dentista no último ano/mês categorizado em sim, não ou não sabe	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 2006	Variável relacionada com o uso de serviço bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Frequência ao dentista (Percentual de indivíduos segundo consulta ao dentista)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em nunca foi ao dentista; menos de 3 anos; há 3 anos ou mais	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a necessidade de odontologia normativa
Tempo desde última consulta	Tempo decorrido desde a última consulta odontológica foi categorizado em nunca foi ao dentista, foi há menos de um ano, foi entre um e dois anos e há mais de dois anos	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Verificar a utilização do serviço odontológico
Tempo em anos da última visita a um dentista (Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica)	Medida de cálculo: Percentual (tempo em anos) categorizado em menos de 1 ano, 1 a 5 e mais que 5 anos	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Acesso a consulta ao dentista	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos que já foi ao dentista categorizado em sim ou não	Questionário fechado adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Acesso a serviços odontológicos,	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com atendimento odontológico	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Registro do Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não Apresenta
Percentual de indivíduos segundo consulta ao dentista	Medida de cálculo: Percentual categorizado em nunca visitou dentista, 1 vez ao ano, 2 vezes ao ano, 3 vezes ao ano, em casos de dor ou não respondeu	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Visita ao dentista nos últimos 12 meses	Medida de cálculo: Percentual	Questionário características demográficas e bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Visitas ao dentista no ano anterior à pesquisa (Percentual de indivíduos segundo visita odontológica no ano anterior)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (pesquisa realizada em escolares brasileiros, entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa realizada em escolares brasileiros, entre 1997 e 2004	Utilização dos serviços
Tempo desde a última visita para dentista (anos)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em ≥ 3 ; 1-2, < 1	Questionário adaptado do SBBrazil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar fatores relacionados à saúde bucal
Acesso ao serviço de saúde bucal (Percentual de indivíduos com acesso ao serviço de saúde bucal)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso aos serviços

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tempo decorrente desde a última consulta odontológica (Percentual de indivíduos segundo tempo decorrido desde a última consulta odontológica)	Tempo decorrente desde a última consulta odontológica (nunca foi ao dentista, foi há menos de 1 ano, 1-2 anos, e há mais de 2 anos)	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Verificar a utilização dos serviços odontológicos
Tempo decorrido da última consulta	Percentual: menos que 1 anos, de 1 a 2 anos ou mais que três anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso
Percentual de pessoas que já foi ao consultório do dentista	Medida de cálculo: Percentual de pessoas que já foi ao consultório do dentista categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997	Variável para identificar o Uso de serviço bucal
Percentual de indivíduos com acesso ao serviço de saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com acesso ao atendimento odontológico categorizado em sim ou não	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Acesso ao flúor	Medida de cálculo: Percentual de crianças que recebeu aplicação tópica de flúor	Questionário fechado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Não Apresenta
Percentual de indivíduos segundo motivo da consulta ao dentista no último ano	Medida de cálculo: percentual segundo motivo da consulta no último ano categorizado em dor, revisão, limpeza, exodontia, restauração, outros	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: Acesso aos serviços odontológicos
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em consulta de rotina (reparos e manutenção protética); necessidade de prótese; dor; cavidades nos dentes; outros; sangramento gengival; feridas, caroços ou manchas na boca	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE	Não Apresenta
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em confecção de prótese total; prótese removível; dor; restauração; outros	Entrevista, utilizou-se um questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a necessidade odontológica normativa
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em consulta de rotina, dor de dente, cavidades nos dentes ou outros	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em urgência ou prevenção	Questionário com características bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Motivo da consulta	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da consulta categorizado em atendimento restaurador ou visita de rotina; cirurgia de extração ou outros motivos	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Percentual de indivíduos que nunca consultou um dentista	Medida de cálculo: Percentual	Entrevista estruturada	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a necessidade odontológica normativa

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Residente em área com USF	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Questionário fechado – adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Proporção de indivíduos com aumento de pelos menos um dente obturado	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 2006	Não Apresenta
Tempo desde a última visita ao dentista	Medida de cálculo: Percentual segundo tempo desde a última visita ao dentista categorizado em ≤ 2 e 3 ou mais anos	Recuperação de dados (Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE	Não Apresenta
Motivo da última visita ao dentista	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da última visita ao dentista categorizado em urgência, tratamento e checkup	Recuperação de dados (Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE	Não Apresenta
Índice de cuidados odontológicos	Razão entre dentes restaurados e o total de dentes com experiência de cárie	Recuperação de dados (Estudos do período de 1980 a 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Estudos do período de 1980 a 2003	Verificar a utilização dos serviços odontológicos
Motivo da consulta	Medida de cálculo: segundo motivo da consulta categorizado em rotina ou problemas bucais	Recuperação de dados (SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados DO SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: Predisposição de Necessidade de tratamento
Percentual de indivíduos segundo consulta ao dentista nos últimos 12 meses	Medida de cálculo: Percentual segundo consulta ao dentista categorizado em nunca foi ao dentista, não foi ao dentista no último ano e consultou o dentista no último ano	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)	Não Apresenta
Percentual de indivíduos que já foi ao dentista	Medida de cálculo: Percentual segundo consulta ao dentista categorizado em sim ou não	Entrevista estruturada	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a necessidade odontológica normativa

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Desenvolvimento de hábitos saudáveis	Medida de cálculo: Percentual de escolas municipais com controle de alimento na cantina.	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal" e subdimensão: Atuação intersetorial)
Acesso ao flúor	Medida de cálculo: Percentual de domicílios atendidos pela fluoretação	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal" e subdimensão: Atuação intersetorial)
Oferta de água fluorada para os municípios	Medida de cálculo: Percentual da População que recebe água fluorada	Registro Institucional (Relatório da SES Paraná)	FONTE PRIMÁRIA: Relatório oficial da SES-PR	Provisão de Serviços
Porcentagem de municípios com adição de flúor na água de abastecimento público	Número de municípios com flúor na água de abastecimento dividido pelo número de municípios da região multiplicado por 100	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD (IBGE)	Não Apresenta
Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coleta sistemática (mensal)	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal" e subdimensão: Atuação intersetorial)
Saúde bucal na escola	Medida de cálculo: Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficiência (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal" e subdimensão: Atuação intersetorial)
Suplimento de água fluoretada	Não menciona	Não menciona	Não menciona	Oferta de serviço
Período de fornecimento de flúor na água (anos)	Período em anos categorizado em sem fornecimento; 1-5 anos; mais de 5 anos	Registro Institucional (SMS/COPASA/FUNASA)	FONTE PRIMÁRIA: Registo da SMS/COPASA/FUNASA	DIMENSÃO: Fornecimento de água fluoretada
Acesso a água fluoretada	Presença ou ausência de água de abastecimento público fluoretada.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de municípios com flúor na água de abastecimento público	Medida de cálculo: percentual segundo presença de flúor na água de abastecimento do núcleo urbano por um período ininterrupto de ao menos 5 anos.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Acesso à água de abastecimento fluoretada	Medida de cálculo: Percentual segundo disponibilidade de água fluoretada no núcleo urbano	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Fluoretação da água de abastecimento	Medida de cálculo: Percentual de municípios com presença ou não de água de abastecimento fluoretada	Registro Institucional (Secretarias Estaduais de Saúde/Coordenações Estaduais de Saúde Bucal)	FONTE PRIMÁRIA: Registro das Secretarias e Coordenações Estaduais de Saúde Bucal	Existência de fluoretação das águas.
Presença de água de abastecimento público fluoretada	Medida de cálculo: Percentual	Registro Institucional (companhias de abastecimento público e pelos municípios)	FONTE PRIMÁRIA: Registro das companhias de abastecimento público e pelos municípios	Indicadores de provisão de serviços odontológicos,
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	CONTROLE SOCIAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal"; Subdimensão: Participação popular)
Saúde bucal no Conselho Municipal-Deliberação de saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde	Percentual de reuniões do Conselho Municipal em que discutiram algum tema de saúde bucal no período de um ano	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficácia (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal"; Subdimensão: Participação popular)
Participação na Conferência Estadual de Saúde-Delegados dentistas na Conferência Estadual de Saúde	Existência de delegados dentistas na última Conferência Estadual de Saúde financiado pelo município	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de eficiência (Dimensão: "Gestão da Saúde Bucal", Subdimensão: Participação popular)

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	CUMPRIMENTO DE META			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Cumprimento Global de Metas dos CEO	Média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100. Conforme Portaria Ministerial nº. 600 de 2006.	Recuperação de dados e documentos (DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006	Avaliar o desempenho do CEO. Avaliada por meta de subgrupo
Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal	Transformação do Indicador Cumprimento Global das Metas em variável binária, categorizando em serviços que: cumpriram pelo menos uma meta do Subgrupo de Especialidades (Periodontia, Endodontia ou Cirurgia Oral Menor); o que não cumpriram nenhuma meta ou apenas a Meta do Subgrupo Atenção Básica.	Recuperação de dados e documentos (DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006	Avaliação da Atenção Secundária
Cumprimento da Meta de Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.	Cumprimento da meta por Subgrupos de procedimentos odontológicos: Atenção Básica (Procedimentos Individuais Preventivos, Dentística Básica e Odontologia Cirúrgica Básica); Periodontia; Endodontia; e, Subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor (Odontologia Cirúrgica, Traumatologia Bucomaxilofacial e Procedimentos/Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa)	Recuperação de dados e documentos (DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS, Informações do SIA/SUS, segundo CNES dos CEO e Documental: Portaria Ministerial nº. 600/ 2006	Avaliação do Subgrupo de Metas
Cumprimento global das metas segundo tipo de Centro de Especialidades Odontológicas	Medida de cálculo: Percentual em relação a meta tiveram desempenho ruim, bom ou ótimo	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Desempenho do CEO por tipo de CEO
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	INFORMAÇÃO EM SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Pessoas sem informação quanto ao seguimento do tratamento	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicador para avaliar a falta de resolutividade

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Existência de sistema de referência e serviços ofertados	Medida de cálculo: não apresenta	Registro Institucional (Documentos da gestão)	FONTE PRIMÁRIA: Registros produzidos pela gestão	Avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal Dimensão "Integralidade da Atenção"
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais da AB	Medida de cálculo: não apresenta	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: (SIA-SUS)	Avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal Dimensão "Integralidade da Atenção"
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	INTERDISCIPLINARIDADE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Interdisciplinaridade no processo de trabalho	Questionamento quanto ao trabalho em equipe na unidade de saúde categorizado em sem integração; multidisciplinar, interdisciplinar	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	MUDANÇA NAS PRÁTICAS DE TRABALHO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Mudanças nas práticas de saúde bucal	Questionamento aos profissionais quanto as diferenças entre o trabalho convencional e a ESF no Método Paideia. Percentual segundo mudança, não mudança, modelo reorientado para as práticas	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso
Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Media de cálculo: Percentual de unidades de saúde que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal", Subdimensão: Promoção e prevenção)

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	PLANEJAMENTO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Realização de levantamento epidemiológico	Media de cálculo: não menciona	Questionário aplicado com gestores	FONTE PRIMÁRIA: Informações dos próprios gestores	Avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal dimensão "Planejamento e Programação"
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Medida de cálculo: Percentual verificado no PDR se o Município é ou não referencia para média complexidade	Registro Institucional (Análise documental)	FONTE PRIMÁRIA: PDR	Verificar a referência do município em relação a média complexidade em odontologia segundo o PDR.
Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Percentual de municípios referencia ou não a media complexidade	Recuperação de dados (Consulta ao Sistema de Informação)	Não Apresenta	Verificar a referência do município em relação a média complexidade em odontologia segundo o PDR
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Uso de práticas de promoção da saúde	Questionamento quanto a importância da Promoção da saúde para reorientar os cuidados básicos de saúde. categorizado em não entende o conceito e a sua aplicabilidade; compreende o conceito, mas com dificuldades operacionais; compreende o conceito, esforça para aplicar na prática clínica e intersetorialmente no território	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	PRODUTIVIDADE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média de procedimentos básicos individuais	Não apresenta	Recuperação de dados do (DATASUS- SIA E SIAB)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS (SIA E SIAB)	Expressa a concentração de procedimentos odontológicos básicos realizados por indivíduo
Número procedimento odontológico realizado pela rede de Atenção Básica	Número procedimento odontológico realizado pela rede de Atenção Básica	Recuperação de dados (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Cálculo do potencial produtivo
Tipo de procedimento odontológico realizado pela rede de Atenção Básica	Não apresenta	Recuperação de dados do (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Cálculo do potencial produtivo
Potencial produtivo da rede de Atenção Básica em Saúde Bucal	O Denasus/MS define um número de três atendimentos/hora/profissional, com tempo médio de 20 minutos e média de 22 dias úteis/mês. Cálculo do potencial produtivo: nº de turnos de atendimento × carga horária diária × 3 consultas/hora × 22 dias úteis/mês.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Produção ambulatorial em saúde bucal (número de atendimentos por 100 habitantes)	Avaliado a produção em saúde bucal segundo procedimentos básicos: 1) coletivos; 2) individuais preventivos; 3) Dentística básica; 4) Odontologia cirúrgica básica; e os especializados: 5) Dentística especializada; 6) Periodontia; 7) Endodontia; 8) Odontologia cirúrgica especializada; e 9) Odontorradiologia.	Recuperação de dados do (SIA-SUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIA/SUS	Não Apresenta
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	QUALIDADE DO ATENDIMENTO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Avaliação do atendimento	Medida de cálculo: Percentual categorização em avaliação como péssimo; ruim; regular; bom; ótimo	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar a qualidade do atendimento
Avaliação das Informações recebidas	Medida de cálculo: Percentual categorizado em suficiente ou insuficiente	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar a qualidade do atendimento
Avaliação do atendimento ou qualidade do atendimento	Medida de cálculo: Percentual categorização em ótimo e bom; péssimo/ruim/regular	Questionário no consultório odontológico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Verificar a necessidade odontológica normativa

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Avaliação do atendimento	Medida de cálculo: Percentual categorizado em ótimo, bom; regular, péssimo, ruim	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Capacitação AIS	Total de AISB (agentes indígenas de saúde) participantes dos cursos/total de AISB x 100	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
Educação continuada com os profissionais para o desenvolvimento de estratégia	Questionamento aos profissionais quanto ao departamento de saúde tem cursos de treinamento para o Paideia /Modelos da ESF. Investimento institucional categorizado em baixo, médio, adequado	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	RESOLUTIVIDADE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Resolutividade às demandas dos usuários	Questionamento habilidade para resolver as demandas categorizado em não procuram resolver as demandas dos usuários; Equipe recebe o usuário, anota as suas demandas, mas é incapaz de resolvê-las; a Equipe recebe o usuário, anota suas queixas e é capaz de resolvê-las	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso
Pessoas com problema resolvido na atenção básica	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicadores para avaliar a Resolutividade
Pessoas com diagnóstico de câncer bucal confirmado	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicadores para avaliar a Resolutividade
Pessoas que não atenderam ao encaminhamento, com justificativa	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicador para avaliar a Falta de resolutividade
Pessoas que não atenderam ao encaminhamento, sem justificativa	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicador para avaliar a Falta de resolutividade

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Pessoas para as quais não se localizou serviço de referência para resolução do problema	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicador para avaliar a Falta de resolutividade
Pessoas para as quais outros motivos impediram a resolução	Não apresenta	Registro Institucional (relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde)	FONTE SECUNDÁRIA: Relatórios das regionais de saúde, com base em registros das unidades de saúde	Indicador para avaliar a Falta de resolutividade
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	TERRITORIALIZAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Territorialização	Questionamento quanto ao trabalho no território e como ele afeta o cuidado. O Trabalho no território categorizado em burocrático e restringe o acesso; processos sociais de intervenção e acesso limitado; processos sociais de intervenção e acesso não é restrito	Grupo focal	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio profissional no Grupo focal	Avaliar as práticas de saúde bucal no SUS: atraso, estagnação ou progresso
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	TIPO DE GESTÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de municípios segundo tipo de gestão	Medida de cálculo: Percentual de município por tipo de gestão categorizado em Plena NOB/96; Plena NOAS; Plena da atenção básica.	Não Apresenta	Não Apresenta	Não Apresenta
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de serviço que procura (não somente o odontológico)	Tipo de serviço procurado quando está doente ou precisando de atendimento de saúde categorizado em centro de saúde, consultório particular, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, de clínica e de hospital, emergências e outros que reúne farmácia, agente comunitário e outro tipo de serviço	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD realizada pela Fundação IBGE	Indicador para descrever a utilização dos serviços de saúde

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de serviço utilizado.	Medida de cálculo: Percentual utilização do serviço categorizado em público e privado	Questionário sociodemográfico e de acesso aos serviços	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Tipo de serviço odontológico utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em Empresa ou outro	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: Acesso ao serviços
Tipo de serviço utilizado.	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em Público, privado ou outros	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Verificar o acesso
Tipo de cuidado de saúde oral ou tipo de serviço de saúde usado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em público/privado	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Entrevistas estruturadas	Não Apresenta
Frequência de visita odontológica	Frequência de visita odontológica	Questionário aplicado em âmbito nacional para avaliação de desempenho de saúde	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Verificar os cuidados assistenciais
Tipo de serviço odontológico utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em público e privado (liberal e convênio)	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: utilização dos serviços odontológicos
Tipo de serviço odontológico	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço odontológico categorizado em gratuito ou não	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Sistema de atenção à saúde bucal
Serviço odontológico mais utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço odontológico mais utilizado categorizado em particular ou público municipal	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços odontológicos
Local do atendimento	Medida de cálculo: Percentual segundo local de atendimento categorizado em nunca foi atendido; público ou filantrópico; privado liberal ou suplementar	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Tipo de serviço	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço odontológico utilizado categorizado em público, privado, Plano de saúde, dentista na escola, trabalho, emergência entre outros	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997	DIMENSÃO: Uso de serviço bucal
Tipo de serviço odontológico utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço odontológico utilizado categorizado em público, privado, prático	Questionário com características demográficas e bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Percentual de indivíduos segundo o Local de acesso (tipo de serviço utilizado)	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado público, particular/empresas, sindicatos e outros	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: Acesso aos serviços odontológicos
Percentual de indivíduos segundo tipo de serviço odontológico utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em público e privado	Recuperação de dados (SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: Utilização dos serviços odontológicos

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de acesso	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço odontológico utilizado categorizado em privado liberal; público; privado (planos e convênios); filantrópico; outros	Recuperação de dados (pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE)	Fonte secundária: Banco de dados da pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE	Não apresenta
Tipo de acesso	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em privado; público; outros	Questionário no consultório odontológico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Verificar a necessidade odontológica normativa
Tipo de serviço odontológico	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado na última consulta categorizado em privado (privado e planos de saúde) e público (SUS).	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SB Brasil 2003	Não Apresenta
Tipo de serviço utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em público, privado ou filantrópico	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso
Percentual de indivíduos que utilizou o serviço odontológico	Medida de cálculo: Percentual de pessoas com acesso ao atendimento odontológico categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (SB-Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SB Brasil 2003	Não apresenta
Tipo de serviço utilizado	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo de serviço utilizado categorizado em posto de saúde, própria escola, clínica da universidade e consultório particular	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Registro do Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não apresenta
INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	VIGILÂNCIA EM SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Diagnóstico de lesões de mucosa -Campo específico na ficha clínica para exame de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de efetividade (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Promoção e prevenção)

INDICADORES DE GESTÃO				
DIMENSÃO	DESEMPENHO DO SERVIÇO			
SUBDIMENSÃO	VÍNCULO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Vínculo profissional/paciente	Medida d cálculo: Percentual de unidades de saúde em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento	Menciona, mas não especifica	Menciona, mas não especifica	Indicador de relevância (Dimensão: "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal". Subdimensão: Diagnóstico e tratamento)
Tempo no programa	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 0 a 12 meses, 1 a 24 meses, 25 a 36 meses. 37 a 48 meses.	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o programa de promoção de saúde bucal
Fator assiduidade	Media de cálculo: Valor absoluto categorizado em assíduo e não assíduo	Registro Institucional (Registros de frequência)	FONTE PRIMÁRIA: Registro de frequência	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	ALTERAÇÕES DE TECIDOS MOLES			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de indivíduos com presença de alterações de tecidos moles	Número de indivíduos com presença de alterações de tecidos moles (não ou sim) dividido pelo total de indivíduos examinados X 100	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito SBBRASIL 2003	Variável de condição normativa
Percentual de indivíduos com presença de alterações de tecidos moles	Número de indivíduos com presença de alterações de tecidos moles (não ou sim) dividido pelo total de indivíduos examinados X 100	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições de saúde bucal
Taxa de incidência de câncer orofaríngeo	Nº de casos/população residente no distrito x 100 mil habitante/ano e ajustadas pelo método direto usando a população mundial	Acesso ao sistema de informação	FONTE SECUNDÁRIA: Registro de câncer de base populacional	Não apresenta
Mortalidade por CA boca	Número de óbitos por CA de boca/10.000 habitantes	Acesso a banco de dados	FONTE SECUNDÁRIA: Pesquisa do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Avaliar o acesso à Atenção Básica e de média Complexidade.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual indivíduos com presença de alterações de tecidos moles	Nº de indivíduos segundo presença ou ausência de uma lesão básica, tipo de lesão (mácula, pápula, vesícula, bolha ou úlcera), tamanho em milímetros e localização dividido pelo total de indivíduos examinados X 100	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Estudo de saúde Oral em 1997	Variável de agravos a saúde bucal
	Nº de indivíduos segundo suspeita de neoplasia, leucoplasia, líquen plano, úlceras aftosas, herpéticas ou traumáticas, gengivite necrosante aguda, candidíase ou abscesso dividido pelo total de indivíduos examinado X 100	Observação (exame clínico dos idosos na UABSF ou associação de moradores)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Condição clínica de saúde bucal
Percentual de indivíduos com presença de lesões de mucosa associadas ao uso de prótese	Nº de indivíduos segundo tipo de lesão (candidose; hiperplasia fibrosa; inflamatória; ulceração traumática) dividido pelo total de indivíduos examinados X 100	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	CÂNCER			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Coeficientes de mortalidade por câncer bucal e de faringe ajustados por sexo e idade.	Média dos coeficientes de mortalidade por câncer de boca e de faringe, por 100.000 habitantes, ajustados por idade e pela população segundo sexo e macrorregião.	Recuperação de dados (Acesso ao SIM e IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIM (Ministério da saúde) e IBGE	Não apresenta
Taxa de mortalidade de câncer orofaríngeo	Número de casos/população residente no distrito x 100 mil habitante/ano e ajustadas pelo método direto usando a população padronizada mundial como referência	Recuperação de dados (Registro de Câncer de Base Populacional)	FONTE SECUNDÁRIA: Programa de aprimoramento das informações de mortalidade - PRO-AIM	Não apresenta
Índice de mortalidade proporcional por câncer oral	Índice de mortalidade proporcional por câncer oral (IMP) = μ Casos de mortalidade por câncer oral dividido por μ mortalidade geral x 100.000	Recuperação de dados (SIM/DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SIM	Não apresenta
Taxas de mortalidade, por câncer de boca e faringe	Razão de número de óbitos por câncer de boca, lábio e faringe em homens e população residente por regional de saúde de moradia	Recuperação de dados (dados do SIM e IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIM e IBGE	Não apresenta
Coeficientes de morbidade (por 100 mil hab) por cânceres da boca e faringe	Os coeficientes de morbidade foram construídos utilizando as internações hospitalares de cada capital do estudo e suas respectivas faixas etárias e estimativas populacionais	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Morbidade proporcional por todos os tipos de câncer (%)	Morbidade proporcional para cada sexo e ano estudado foi calculada dividindo-se o número de casos (internações) por esses cânceres pelo total de óbitos por cânceres ocorridos nessas faixas etárias, X 100.	Recuperação de dados (Dados do SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS	Não apresenta
Taxas de mortalidade de pacientes internados com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária	Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas computadas como internações, no período, X 100	Recuperação de dados (Dados do SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS/MS	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	CÁRIE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de indivíduos com lesões de mancha brancas	Cálculo de acordo com a ADA	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito (exame clínico)	Não apresenta
Percentual de indivíduos com lesões de mancha brancas	Média de indivíduos com presença de lesões ativas em esmalte (lesões de mancha branca baseado em Nyvad et al: superfícies dentárias apresentaram-se rugosas, opacas e com aspecto de giz, porém sem cavidades.); e Fyfee et al.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito (exame clínico na escola)	Não apresenta
Percentual de indivíduos com lesões de mancha brancas	Nº de indivíduos com presença de mancha branca dividido pelo nº de indivíduos examinados multiplicado por 100	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito (exame clínico na pré-escola)	Não apresenta
Número de lesões de manchas brancas ativas (MBA)	Valor absoluto: Número de lesões de mancha branca	Observação (Exame clínico, após higiene bucal supervisionada com creme dental com flúor)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito realizado no levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil 1997 e 2004	Não apresenta
Percentual de crianças e jovens livres de cárie	Nº de crianças examinadas livres de cárie (CPOD ou ceod = 0) dividido pelo total de crianças examinadas X 100	Recuperação de dados (coleta em banco de dados)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do "Levantamento Epidemiológico em saúde bucal da Cidade de São Paulo, 2008-2009".	Indicadores de condição de saúde bucal
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual de ceod = 0	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola.	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Proporção de indivíduos livres de doença	Número de indivíduos examinados livres da doença (CPOD ou ceod = 0) dividido pelo total de examinados X 100	Recuperação de dados (banco de dados do estudo de saúde bucal em 1995 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual de CPO-D = 0	Observação (exame clínico) e Recuperação de dados (banco de dados)	FONTE PRIMÁRIA: inquérito na escola e FONTE SECUNDÁRIA: levantamento epidemiológico de edições anteriores	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual de CPO-D = 0	Recuperação de dados (dados dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Estado de São Paulo em 1998 e 2002,	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Estado de São Paulo em 1998 e 2002	Não apresenta
Percentual de adolescentes livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual de CPO-D = 0 segundo OMS, adaptados pela Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Projeto SB Brasil	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico e Inquérito com adolescentes na escola	Não apresenta
Porcentagem de crianças livres de cárie (CPO-D + ceo-d = 0),	Medida de cálculo: Percentual de ceod e CPO-D = 0	Recuperação de dados (dados do levantamento epidemiológico realizado em 1998, 2000, 2002 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico realizado em 1998, 2000, 2002 e 2004	Não apresenta
Percentual de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade	Medida de cálculo: Percentual de ceod = 0	Recuperação de dados (dados da SES-MG)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da SES-MG/CSB	Verificar a situação da saúde bucal
Percentual de crianças sem experiência de cárie	Medida de cálculo: Percentual de CPO-D = 0	Recuperação de dados	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em Paulínia	Verificar a prevalência ou experiência de cárie
Percentual de crianças sem experiênciade cárie	Medida de cálculo: Média e Percentual do ceod=0. Cálculo do índice ceod segundo critérios da OMS. O índice ceod correspondente à dentição decídua, inclui os dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o), excluindo os extraídos devido às dificuldades em separar os que o foram por causa de cárie, dos perdidos pelo processo natural de esfoliação dentária.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico no consultório odontológico da empresa, sob iluminação artificial	Percentual sem experiência de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de crianças livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D ou ceod=o segundo critérios da OMS	Observação (exame clínico pré-escolares e escolares)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares e escolares.	Não apresenta
Percentual de crianças livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-s e ceo-s	Observação (exame clínico em escolares)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com escolares 1998	Não apresenta
Percentual de crianças livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D ou ceod=o.	Observação (exame clínico em pré-escolares)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares	Não apresenta
Percentual de crianças livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D ou ceod=o segundo critérios da OMS classificada em baixa prevalência (mais de 20% de livres de cárie); moderada (5-20%) e em alta (menos de 5%).	Recuperação de dados (dados do levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo de 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo de 1998	Verificar o padrão de cárie
Percentual de crianças livres de cárie	Segundo critérios preconizados pela OMS em sua quarta versão do Oral Health Surveys – Basic Methods (WHO, 1997).	Observação (exame clínico em jovens masculinos)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com jovens masculino	Estudar a ocorrência de cárie, prevalência de cárie (CPO-D $\geq$ 1)
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com escolares	Não apresenta
Porcentagem de indivíduos livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico na aldeia)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena sem rx	Não apresenta
Porcentagem de indivíduos livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do ceod = 0	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Verificar a Experiência de cárie
Porcentagem de indivíduos livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada	Não apresenta
Porcentagem de indivíduos livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPOD = D	Observação (exame clínico na escola após escovação dental)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após escovação dental	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPOD = D	Recuperação de dados (levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento Epidemiológico de saúde bucal do São Paulo 1997-1999	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPOD = D	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana).	FONTE PRIMÁRIA: Registro produzido pelo Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não apresenta
Percentuais de escolares livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do ceo-d = 0	Registro Institucional (coleta em prontuários clínicos)	FONTE PRIMÁRIA: Dados obtidos dos prontuários clínicos de escolares	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Observação (Exame clínico no consultório da pediatria (na maca)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório da pediatria	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0. A população livre de cárie composta por sem lesões cariosas, perdas dentárias devido a cáries ou restaurações	Observação (exame clínico no alojamento do exército)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no alojamento do exército	Prevalência de cárie
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Descrever a distribuição da cárie dental entre as crianças
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após a escovação dental	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0 ou ceod=0	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a prevalência de cárie
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0 ou ceod=0	Recuperação de dados (levantamento das condições de saúde bucal para o Estado de São Paulo em 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das condições de saúde bucal para o Estado de São Paulo em 1998	Verificar as crianças que não apresentaram experiência de cárie na dentição decídua e permanente
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual de escolares, por se tratar de dentadura mista, livres de cárie tanto na dentição decídua quanto na permanente, ou seja, ceod + CPO-D = 0.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0, segundo critérios e índices preconizados pela OMS	Observação (exame clínico no domicílio ou na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico no domicílio ou na escola	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do CPO-D = 0.	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, Brasil, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados (levantamento epidemiológico de São Paulo, Brasil, 2002)	Não apresenta
Percentual livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual do ceod = 0.	Observação (exame clínico no consultório)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com as crianças após escovação dental, no consultório com luz artificial	Não apresenta
Motivo principal da dor de dente	Medida de cálculo: Percentual segundo motivo da dor de dente	Recuperação de dados (estudo de saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde Oral em 1997	Considerada variável de agravos a saúde bucal
Índice de dentes saudáveis	Medida de cálculo: Média sendo a soma dos dentes saudáveis mais o componente obturado	Recuperação de dados	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde Oral em 1997	Considerada variável de agravos a saúde bucal
Percentual de dentes hígidos	Medida de cálculo: Percentual baseado no CPO-D	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos institucionalizados	Não apresenta
Percentual de dentes hígidos	Medida de cálculo: Percentual baseado no CPO-D	Recuperação de dados (levantamento das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo	Não apresenta
Índice CPO-D e seus componentes	Totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturado	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa SAIS da UNIVALE	Avaliar as condições dos elementos dentais.
Percentual de dentes perdidos no índice CPO-D	Média de dentes perdidos do CPO-D. segundo OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de livres de carie	Medida pelo índice CPO-D	Recuperação de dados do Projeto SBBRASIL (1986, 1996 e 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Projeto SBBRASIL (1986, 1996 e 2003)	Verificar os indivíduos com ausência de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual dos componentes do Índice CPO-D (12 anos)	Medida de cálculo: Percentual baseado nas orientações da OMS publicada na 4 Edição, a prevalência de cárie é classificada segundo os grupos: muita baixa, baixa, moderada, alta e muito alta.	Registro institucional (dados do Departamento Regional de saúde XV do estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil)	FONTE PRIMÁRIA: Departamento Regional de saúde XV do estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil.	Prevalência de cárie
Percentual de indivíduos apresentam doença ou sequelas do ataque de cárie dentária	Medida de cálculo: Percentual baseado no CPO-D.	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição de bucal
Porcentagem de dentes cariados, perdidos e restaurados	Percentual dos componentes do Índice CPO-D	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos em saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998 e 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 2002	Não apresenta
Significant caries index - SiC Index	Valor calculado separando-se do grupo geral um terço dos indivíduos que tenham apresentado os valores mais altos de experiência de cárie. Neste subgrupo, calcula-se média CPO-D	Observação (exame clínico segundo OMS com adaptações específicas para pesquisa) e Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos anteriores)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola e FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados de levantamentos epidemiológicos anteriores	Identificar o grupo de maior incidência de cárie, isto é, grupo de risco ou de alta experiência de cárie
Significant Caries Index - SiC Index	Cálculo: 1/3 dos valores mais altos de CPO-D	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos em saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998 e 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998 e 2002	Definir a severidade da cárie no terço do grupo que apresentou maior experiência da doença
Significant Caries Index - SiC Index	(SiC- média do CPO-D para um terço do grupo com os maiores níveis da doença), para verificação dos casos de distribuição assimétrica. Os índices utilizados obedeceram aos critérios recomendados pela OMS, adaptados pela Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Projeto SB Brasil	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico em adolescentes na escola	Para verificação dos casos de distribuição assimétrica da cárie dentária

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Significant caries index - SiC Index	Média CPO-D para um terço do grupo com os maiores níveis da doença	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico (1998, 2000, 2002 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico realizados nos anos de 1998, 2000, 2002 e 2004	Índice de cárie para verificar o declínio de cárie
Significant caries index - SiC Index	Índice SiC é a média CPO-D/CPO-D para um terço do grupo de estudo com a maior pontuação de cárie	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito odontológico na escola	Identificar indivíduos com maior prevalência de cárie em cada população
Significant caries index - SiC Index	Conforme recomendado por Brathall (2000). Média do índice CPOD do terço com maior valor do índice. Índice de CPO-D é agrupado individualmente por pontuação, e a média calculada sobre os casos de mais de um terço.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Significant caries index - SiC Index	Segundo OMS	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a polarização da ocorrência de cárie entre os participantes do tercile com maior CPO-D
Significant caries index - SiC Index	Selecionar um terço da população com a maior pontuação de cárie e calcular a média CPO-D. Classifica um subgrupo (um terço da população), com a maior prevalência de cárie dentária e outros subgrupos (dois terços da população) com baixa prevalência de cárie dentária	Observação (exame clínico de crianças 12 anos)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilizado para classificar um terço da população com a maior prevalência de cárie
Significant caries index - SiC Index	Não apresenta	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Determinar a cárie dental
Significant caries index - SiC Index	Calculado com base no ceo-d médio do terço os indivíduos com o maior dos valores ceo-d.	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré escola	Medir a polarização da cárie dentária entre as crianças. Avaliar a distribuição desigual da cárie dental e cuidado com a saúde bucal
Significant caries index - SiC Index	Calculado da seguinte forma: os indivíduos são ordenados conforme os valores CPO-D; um terço da população com os mais elevados índices de cárie são selecionados; a média CPO-D deste sub-grupo é o SiC-Index	Observação (exame clínico na escola após escovação dental)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após escovação supervisionada	Comparar a prevalência de cárie em diferentes grupos.
Significant caries index - SiC Index	Calculado separando-se do grupo geral um terço dos indivíduos que tenham apresentado os valores mais altos de experiência de cárie. Neste subgrupo, calcula-se o CPO-D e se obtém o valor do SiC Index.	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos 1998 e 2004	Comparar um Indicador de severidade de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de cuidados odontológicos	Relação de dentes obturados/CPO x 100 para o cálculo quando se tratava de dentadura mista, utilizou-se a somatória de dentes decíduos e permanentes.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Mostra os cuidados restauradores a que a população-alvo esteve exposta
Significant caries index - SiC Index	Cálculo: média CPO-D para um terço do grupo com os maiores níveis da doença.	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, Brasil, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, Brasil, 2002	Empregado para focalizar a atenção nos indivíduos com os valores mais altos de cárie
Significant caries index - SiC Index	Cálculos da distribuição de frequência	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, 2002	Empregado para estabelecer a severidade de cárie no terço do grupo com maior experiência de cárie .
Prevalência de alta experiência de cárie dentária	Medida de cálculo: Percentual - terço dos indivíduos com os maiores índices de cárie, grupo SiC (1/3 dos valores mais altos de CPO-D)	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo, 1998 e 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento em SAÚDE BUCAL no ESTADO de SÃO PAULO	Identificar os indivíduos com alta experiência de cárie
Prevalência de baixa experiência de cárie dentária	Medida de cálculo: Média dos 2/3 dos menores valores de CPO-DD)	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo, 1998 e 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento em SAÚDE BUCAL no ESTADO de SÃO PAULO	Identificar os indivíduos com baixa experiência de cárie
Presença de atividade de cárie (segundo critérios Nyad)	Segundo sinais clínicos definidos por NYVAD et al. para investigar sinais de atividade de cárie segundo a reflexão e textura da superfície dentária (ativa ou inativa), os indivíduos foram incluídos em dois grupos: sem atividade de cárie (código 0) e com atividade de cárie (código 1).	Observação (exame clínico na escola) e Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos anteriores)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola e FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados de levantamentos epidemiológicos anteriores	Verificar a condição: atividade de cárie. Identificar a presença de mancha branca ativa
Média do Índice ceo-d	Média de dentes cariados, com extração indicada e obturados para a dentição decídua	Recuperação de dados ("Levantamento Epidemiológico em saúde bucal da Cidade de São Paulo, 2008-2009")	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do "Levantamento Epidemiológico de São Paulo, 2008-2009".	Indicadores de condição de saúde bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média ceo-d e frequência dos seus componentes	Média do ceod e a frequência de dentes hígidos, cariados, obturados e perdidos-OMS	Observação (exame clínico na escola sem RX)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola sem RX	Índice de ataque à cárie para dentes permanentes
Média do Índice ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, ausentes e obturados de acordo com a OMS	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Número de dentes com extração indicada, obturados e cariados, na dentição decídua	Recuperação de dados (estudo de saúde bucal, 1995 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa do estudo de saúde bucal, 1999 e 2005	Índice que mede a cárie (coroa dental) na dentição decídua
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Frequência absoluta e relativa e média do ceod e seus componentes. Índice ceo-d para dentes decíduos-Segundo OMS;	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena	Avaliar a presença de cárie
Média do Índice ceo-d	Índices ceod para dentição decídua, segundo os critérios da OMS	Observação (exame clínico na escola sem RX)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola sem RX	Avaliar a prevalência de cárie dentária.
Média do Índice ceo-d	Segundo critérios da OMS-1997	Recuperação de dados do levantamento epidemiológico realizados em 1998, 2000, 2002 e 2004	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico realizados nos anos de 1998, 2000, 2002 e 2004	Verificar o declínio da cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Esse índice contabiliza os dentes decíduos de algum modo (cariados, extraídos ou restaurados) afetados por cárie segundo a OMS	Recuperação de dados (SBBrasil 2002-3)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBrasil 2002-3	Avaliar a prevalência e a gravidade do ataque de cárie
Média do índice ceo-d e seus componentes	Segundo critérios de diagnóstico da OMS	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico em Paulínia)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em Paulínia	Verificar a prevalência ou experiência de cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Soma do nº de dentes decíduos cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o), excluindo os extraídos devido às dificuldades em separar os que o foram por causa de cárie, dos perdidos pelo processo natural de esfoliação dentária	Observação (exame clínico na sala de aula)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na sala de aula	Prevalência de cárie dentária
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Percentual dos componentes do ceod e média do índice ceod segundo critérios da OMS e a escala de Severidade: prevalência, alta, moderada, baixa	Observação (exame clínico na pré-escola e escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares e escolares.	Prevalência e Severidade da cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice ceo-d e percentual seus componentes	Soma de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados. A média para um grupo de indivíduos é obtida dividindo-se a soma pelo número de pessoas examinadas. A prevalência de cárie foi verificada pelos critérios recomendados pela OMS (1997)	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares sob luz natural e sem auxílio de secagem ou radiografias	Mede a experiência de cárie na dentição decídua
Média do Índice ceo-d e percentual seus componentes	Soma de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados. A média para um grupo de indivíduos é obtida dividindo-se a soma pelo número de pessoas examinadas. A prevalência de cárie foi verificada pelos critérios recomendados pela OMS (1997)	Observação (exame clínico na aldeia)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena sem rx	Mede a experiência de cárie na dentição decídua.
Média do Índice ceo-d e percentual dos seus componentes	Média ceo-d (Severidade de cárie) e Percentual (prevalência de cárie), representando o número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e restaurados, segundo critérios de diagnóstico da OMS de 1987	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Medir a experiência acumulada de cárie, isto é, a prevalência e a severidade de cárie
Média do Índice ceo-d e percentual dos seus componentes	Média do ceo-d e média e percentual dos seus componentes. Percentual ceo-d diferente de zero. Os critérios utilizados para a Severidade de cárie Foi adaptado pelos autores da classificação WHO para a dentição permanente (FDI / OMS, 1982), prevalência muito baixa o CPO-de 0, 1 a 0, 7, baixa de 0, 8 a 1, 6, moderada de 1, 7 a 2, 7, alta de 2.8 para 4.0,	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Verificar a experiência e severidade de cárie .
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Média: Índice de dentes cariados, extração indicada e obturados	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Média: Índice de dentes cariados, extração indicada e obturados, segundo OMS	Observação (exame clínico na creche)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice ceo-d	Média de dentes: cariado, extração indicada e obturado	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Não apresenta
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Soma dos dentes decíduos de algum modo afetados por cárie (cariados, extraídos ou restaurados) segundo OMS.	Recuperação de dados (levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Prevalência e a Severidade do ataque de cárie
Média do Índice ceo-d	Segundo critérios utilizados pela Organização Mundial de saúde (OMS, 1999)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Soma do número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados segundo OMS	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Avaliação da condição dental
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Soma dos dentes cariados e com extração indicada (história atual) e obturados e perdidos por cárie (história passada).	Registro institucional (prontuários clínicos)	FONTE PRIMÁRIA: prontuários clínicos de escolares	Determinar a história atual e passada de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Medida de cálculo: Média	Observação (Exame clínico no consultório pediatria na maca)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório pediatria (maca)	Não apresenta
Média do Índice ceo-d	Valor expresso como a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Índice que compara a experiência de cárie dentária em populações.
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Medida de cálculo: Média	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Prevalência de cárie
Média do Índice ceo-d	Média dos dentes cariados, extraídos por cárie e restaurados segundo OMS e MS	Observação (exame clínico no consultório na unidade de saúde sem RX)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório na unidade de saúde sem RX	Verificar a severidade de cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Soma dos dentes cariado, perdido, extração indicada e obturado segundo critérios da OMS	Observação (Exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na pré escola	Verificar a experiência de cárie
Média do Índice ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (ceo-d) segundo OMS	Observação (Exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após a escovação dental	Avaliar a severidade e prevalência de cárie
Média do Índice ceo-d	Soma de dentes decíduos cariados, extração indicada e restaurados. A média para um grupo de indivíduos obtida dividindo-se a soma pelo número de pessoas examinadas.	Observação (Exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após a escovação dental	Prevalência de cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Média, onde os códigos avaliação de cárie dentária segundo recomendações da OMS (1997), adaptados pela FSP/USP	Recuperação de dados (levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004	Experiência de cárie na dentição
Média do Índice ceo-d e percentual dos seus componentes	Média ceo-d e percentual dos componentes segundo OMS (1997). A cárie dentária avaliada em dois estágios: a) lesões com cavidades utilizando-se o índice ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12 anos e b) lesões sem cavidades em atividade, segundo os critérios de Nyvad et al. (1999)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a experiência de cárie tendo como referência a escala de Severidade da OMS
Média do Índice ceo-d	Máximo, mínimo e média segundo critérios da OMS. Obtido pela soma de dentes decíduos cariados, extração indicada e restaurados.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a experiência de cárie
Média do índice ceo-d e seus componentes	Média CPO-D. Os critérios diagnósticos adotados OMS.	Recuperação de dados (levantamento das condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento das condições de saúde bucal no Estado de São Paulo (1998)	Avaliar cárie dentária

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do índice ceo-d e seus componentes	Média do ceo-d distribuída seguido os níveis: 0, 1 a 3, 4 a 6 e maior que sete. Percentual de dentes hígidos, cariados, extração indicada e obturados, segundo critério para o diagnóstico de cárie dentária da OMS, 1997.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a experiência de cárie
Média do índice ceo-d e seus componentes	Soma do número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e restaurados nas dentições decídua segundo códigos e critérios recomendados pela OMS com adaptação da FSP/USP	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Medir a experiência acumulada de cárie
Média do índice ceo-d e seus componentes	Soma do número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e restaurados nas dentições decídua segundo códigos e critérios recomendados pela OMS com adaptação da FSP/USP	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Experiência de cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Número de dentes cariados, extração indicada e obturados. Verificou a gravidade da cárie segundo OMS. A ausência de cárie ceo-d=0; prevalência de cárie moderada ceo-d de 1 a 3 e alta ceo-d maior que 4	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a gravidade da cárie
Média do Índice ceo-d e seus componentes	Medida de cálculo: média	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico em São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em São Paulo, 1998	Verificar a Experiência de cárie
Média do Índice de ceo-d e seus componentes	Média segundo os critérios de diagnóstico, descritos pela OMS	Observação (exame clínico no consultório após higiene oral)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito após as crianças escovação, local no consultório com luz artificial	Experiência de cárie
Média do Índice de ceo-d e seus componentes	Soma dos dentes cariados, perdidos em virtude da cárie e restaurados, segundo critérios modificados pela OMS	Recuperação de dados (Estudo de saúde bucal, 1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo de saúde bucal, 1999	Avaliar o ataque de cárie
Média do Índice CPO-S	Média, calculada pelo nº de superfícies cariadas, perdidas e restauradas dos dentes permanentes da referida população. Quando um dente anterior era considerado perdido ou com extração indicada, quatro superfícies diagnosticadas como tal; se for dente posterior, cinco superfícies consideradas perdidas.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Prevalência de cárie. Experiência de cárie
Média do Índice CPOS e seus componentes	Medida de cálculo: Média e razão de prevalência. O componente perdido contribui com mais intensidade no índice CPOS, se comparado com os cariado e obturado. Para cada dente perdido, o CPOS aumenta quatro (nos anteriores) ou cinco unidades (nos posteriores), para reduzir este efeito, utiliza o fator de correção: 3, 0	Recuperação de dados (levantamento realizado em 2008)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento realizado em 2008	Medir a experiência de cárie
Média do Índice ceo-s	Média de dentes: cariado, extração indicada e obturado	Observação (exame clínico na creche)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-S e seus componentes	Média de superfícies cariadas, perdidas e obturadas segundo critérios diagnósticos adotados para o CPO-D e o CPOS descritos no Manual de Levantamentos Básicos em saúde bucal 4ªed (1999)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Determinar a prevalência de cárie dentária na população
Média do Índice ceo-s	Medida de cálculo: Média. Número de superfícies cariadas, perdidas e restauradas dos dentes decíduos. Quando um dente anterior era considerado perdido ou com extração indicada, quatro superfícies eram diagnosticadas como tal; caso fosse um dente posterior, cinco superfícies eram consideradas perdidas.	Observação (exame clínico em escolares)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito em escolares, 1998	Prevalência de cárie. Experiência de cárie
Percentual de cárie de raiz (RCI) e dentes afetados	Derivado do CPO-D	Observação (exame radiográfico e exame clínico segundo critérios MS)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
COR (soma de raízes cariadas e obturadas)	Soma de raízes cariadas e obturadas, experiência de cárie radicular com COR maior que 1.	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI sem RX	Avaliar a experiência (atual ou passada) de cárie radicular.
Média do Índice de cárie de raiz (RCI) e seus componentes	Calculada pela seguinte fórmula: RCI = número de superfícies com lesões de cárie de raiz/número de superfícies com recessão gengival X 100. Média do número de superfície de raiz com cárie, com recessão gengival e índice de cárie radicular.	Observação (exame clínico pacientes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico em pacientes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP	Expressa a proporção de cárie e superfícies de raiz obturadas entre as superfícies da raiz exposta ao ambiente bucal, ou seja, com a recessão gengival
Porcentagem de pessoas que apresentam cárie de raiz e componentes	Média de raízes obturada e a média da raiz cariada	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: professores de ensino fundamental e funcionários de escolas públicas e privadas e idosos dos serviços de saúde ou associações	Prevalência de cárie de raiz
Média do índice CPOD	Percentual de indivíduos com nenhum ou mais de 3 dentes cariados.	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Prevalência de dente cariado
Prevalência de dente cariado	Medida de cálculo: Percentual: O componente C do índice CPO-D foi dividido em tercís: 0, 1-3, 4	Recuperação de dados (levantamento SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Avaliar o agravo bucal: cárie
Percentual de cárie dentária não tratada	Componente C do índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e categorizada segundo a distribuição em tercís (0, 1 a 3 e ≥ 4).	Recuperação de dados (levantamento SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2004	Avaliar o agravo: cárie
Percentual de cárie dentária não tratada	Percentual. Componente C do CPO-D	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de cárie dentária não tratada	Corresponde ao componente "C" do CPO-D maior ou igual a um ($C \geq 1$).	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico SB Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2004	Prevalência de cárie não tratada
Percentual de lesões de cárie com cavitação	Percentual de dentes com lesões de cárie com cavitação de acordo com a OMS	Observação (exame clínico na creche)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Não apresenta
Percentual de indivíduos com cárie	Presença de cárie sim/não	Registro institucional (prontuários clínicos)	FONTE PRIMÁRIA: prontuários clínicos de escolares	Prevalência de cárie
Prevalência de "cárie da primeira infância"	Percentual com ou livres de cárie	Observação (exame clínico na creche)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Não apresenta
Média do Índice CPO-D	Média di CPO-D segundo OMS, adaptados pela Faculdade de saúde Pública da USP e pelo Projeto SB Brasil. A prevalência de cárie: muito baixa-CPO-D 0, 0 a 1, 1; baixa-1, 2 a 2, 6; média-2, 7 a 4, 4; alta-4, 5 a 6, 5; muito alta-> 6	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito em adolescentes na escola	Avaliar a prevalência de cárie
Percentual de dentes com lesão de cárie aguda	Lesão de cárie aguda (aspecto claro e com descamação)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	
Índice SIC	Calculado fazendo a Média do ceo-d do terço com maior valor do ceo-d. O Índice de Cuidados foi calculado utilizando média dos ceo-d sem os livres de cárie. O componente "o" (obturados) foi dividido pelo ceo-d e multiplicado por 100.	Observação (Exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a distribuição desigual da cárie dental e cuidado de saúde bucal.
Média do Índice ceo-d	Média di número do ceo-d (dentes cariados, perdidos ou extraídos devido à cárie e obturados)	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a cárie dentária em crianças de acordo com o recomendado pela OMS
Média do Índice ceo-d	Média (ceo-d refere-se a dentição decídua: c = cariado, m = perdido/extração devido à cárie, o = obturado, d = dentes)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Média do Índice ceo-d modificado	Medida de cálculo: Média.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de indivíduos com presença de dentes com cárie	Presença de dentes com cárie (sim ou não)	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não apresenta
Percentual de livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Número médio de dentes cariados	Medida de cálculo: Média	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Significant Caries Index - SiC Index	O grupo de indivíduos do terço com maior CPO-D (alto ou muito alto) foram considerados como "SiC positivo", enquanto aqueles com baixa CPO-D ou sem cárie foram considerados como "SiC negativo".	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Proposto por Bratthall ⁴ (2000) para trazer atenção às crianças com mais altas índices de cárie em dada população
Número de lesões de manchas brancas ativas (MBA)	Valor absoluto: Número de lesões de mancha branca	Recuperação de dados (levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2004	Não apresenta
Média do índice ceo-d e seus componentes	Segundo os códigos e critérios da OMS.	Recuperação de dados (levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2005	Não apresenta
Média do índice CPO-D e seus componentes	Segundo OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a condição da coroa dental
Percentual de livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Livres de cárie
Percentual de indivíduos com lesões não cavitadas	Não apresenta	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do índice ceo-d aos 5 anos	Não apresenta	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Índice SIC	Medida de cálculo: Média. O índice de Calculado com base no índice CPOD do terço mais alto do CPOD na população estudada	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do índice CPO-S	Medida de cálculo: Média. Número de superfícies em dentes permanentes cariadas, obturadas, perdido ou extraído devido à cárie	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do índice ceo-d e seus componentes	Medida de cálculo: Média, Número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Prevalência de cárie
Significant Caries Index - SiC Index	Não apresenta	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar o estado de saúde bucal. Verificar o grupo com alto índice de cárie
Percentual de livres de cárie	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar o estado de saúde bucal
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Percentual de dentes cariados, de dentes obturados, de dentes perdidos	Recuperação de dados (dados da SES MG)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da SES-MG/CSB	Verificar a situação da saúde bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D	Média de dentes cariados, perdidos e obturados para a dentição permanente, segundo OMS	Recuperação de dados ("Levantamento Epidemiológico em saúde bucal da cidade de São Paulo, 2008-2009")	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do "Levantamento Epidemiológico em saúde bucal da cidade de São Paulo, 2008-2009".	Indicadores de condição de saúde bucal
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (estudo de saúde oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde oral em 1997	Avaliar a cárie de coroa dental
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Média (índices de dentes atacados por cárie e Frequência de dentes hígidos, cariados, obturados e perdidos-OMS	Observação (Exame clínico na escola sem RX)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola sem RX	Índice de ataque à cárie para dentes permanentes
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Número de dentes perdidos, obturados e cariados	Recuperação de dados (Pesquisa do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Índice que mede a cárie na dentição permanente segundo critérios da OMS. Verificar a severidade de cárie
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: média e percentual. Número de dentes cariados, perdidos e obturados.	Observação (Exame clínico na ILPI e FOP)	FONTE PRIMÁRIA: inquérito na ILPI e FOP	Avaliação das condições orais do paciente.
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Nº de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).	Observação (Exame clínico segundo critérios do manual do Ministério da saúde com RX)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico das participantes do Projeto para Promoção da saúde dos Idosos	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Segundo critérios da OMS	Observação (exame clínico) e Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico de edições anteriores)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola e FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico de edições anteriores	Verificar a experiência de cárie
Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Frequência absoluta e relativa e média do CPO-D e percentual dos seus componentes. O cálculo da composição percentual para os componentes do CPO-D foi o quociente das médias dos elementos cariados, perdidos e obturados em relação à média total do índice.	Observação (Exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a presença de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Nº de dentes cariados, perdidos e restaurados segundo OMS. Todos os dentes perdidos foram computados devido à dificuldade para obtenção de resposta quanto à causa da perda dentária	Observação (exame clínico, na ILPI, sem RX)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI sem RX	Avaliar a experiência de cárie dentária coronariana
Média do Índice CPO-D	Média de dentes cariados, perdidos e restaurados	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média do CPO-D e percentual dos seus componentes, segundo critérios da OMS em 1997	Observação (exame clínico utilizando ficha própria)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Condições normativas de saúde bucal ou condição de bucal
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados categorizado em quartis: 2, 3-5, 6-9 e 10. O componente C do índice CPO-D foi dividido em tercís: 0, 1-3, 4 e o componente P Foi dicotomizado em 0 e 1.	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Identificar a cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média do índice de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados	Recuperação de dados (Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo, 1998 e 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo, 1998 e 2002	Avaliar a experiência de cárie
Média do Índice CPO-D aos 12 anos	Segundo critérios da OMS, adaptados pela Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Projeto SB Brasil. A prevalência de cárie (Média CPO-D- Muito baixa- 0, 0 a 1, 1; Baixa-1, 2 a 2, 6; Média-2, 7 a 4, 4; Alta-4, 5 a 6, 5; Muito alta-> 6, 6).	Observação (exame clínico realizado na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com adolescentes na escola	Verificar a prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média, Categorias: CPO-D baixo (0-12), CPO-D médio (13-19) e CPO-D alto (20-32). A divisão desse índice foi realizada de acordo com o Percentual de pessoas, de modo a formar grupos de tamanhos homogêneos para serem comparados.	Observação (Exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito sem RX	DIMENSÃO: condição clínica ou condição de saúde bucal
Média do Índice co-d e CPO-D	Índices ceo-d para dentição decídua e CPO-D para dentição permanente, segundo os critérios de diagnóstico da OMS	Observação (Exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola sem RX	Avaliar a prevalência da cárie dentária.
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média do índice CPO-D. Categorizada: CPO-D (Média de 0 a 2; 3 a 5; maior que 5)	Observação (Exame clínico após higiene oral)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após higiene oral	Avaliação da cárie dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice CPO-D segundo códigos e critérios de diagnósticos preestabelecidos pela OMS	Observação (Exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a prevalência de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D	Segundo OMS-1997	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico realizado em 1998, 2000, 2002 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos realizado em 1998, 2000, 2002 e 2004	Verificar o declínio da cárie
Média do Índice CPO-D e porcentagem dos seus componentes	Nº de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados. Medida de cálculo: média do CPO-D e porcentagem dos seus componentes: cariados; restaurados, perdidos; hígidos; presentes. Segundo critérios da OMS e adaptados pela FSP-USP	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos institucionalizados	Utilizado para medir a prevalência da cárie
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D e porcentagem dos seus componentes. Número de dentes cariados, restaurados/obturados e perdidos por indivíduo, segundo critérios da OMS, adaptados pela FSP/USP	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo	Verificar a experiência de cárie. Para avaliar as condições dos dentes e necessidades de tratamento
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo critérios de diagnóstico recomendados pela OMS	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico em Paulínia)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico em Paulínia	Verificar a prevalência ou experiência de cárie
Média do Índice CPO-D aos 12 anos	Medida de cálculo: Média. Índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), preconizado pela OMS	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico em saúde bucal)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico em saúde bucal	Verificar a prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Percentual e média, segundo critérios da OMS 1997 e critério proposto por Klein & Palmer 1937	Observação (Exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	A prevalência e gravidade da cárie avaliada pelo CPO-D. A gravidade foi avaliada pelos componentes: P, C e O. O componente P a severidade
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média do CPO-D e média e percentual dos seus componentes. Cálculo do índice CPO-D, segundo critérios da OMS. CPO-D em quartis e seus componentes em tercis	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico da empresa, sob iluminação artificial	Avaliar a prevalência e gravidade da cárie
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Percentual dos componentes do CPO-D e média do índice CPO-D. Segundo códigos e critérios da OMS (WHO, 1997). Escala de severidade: prevalência, alta, moderada, baixa	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares e escolares.	Prevalência da cárie,

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Percentual dos componentes do CPO-D e média do índice CPO-D, segundo critérios da OMS. Soma de dentes permanentes cariados, extraídos e obturados.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico em pré-escolares sob luz natural e sem Rx	A prevalência de cárie foi verificada pelos critérios recomendados pela OMS (1997)
Média do Índice CPO-D aos 12 anos	Número de dentes cariados, perdidos e/ou obturados. Classificado segundo a OMS, em baixa prevalência (mais de 20% de livres de cárie); moderada (5-20%) e em alta (menos de 5%).	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo, 1998	Verificar o padrão de cárie dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D. e média e Percentual dos componentes. Segundo critérios preconizados pela OMS em sua quarta versão do Oral Health Surveys – Basic Methods (WHO, 1997).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Prevalência e severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Experiência de cárie dentária
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados)	Recuperação de dados (Levantamento nacional SB Brasil 2002–2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento nacional SB Brasil 2002–2003	Experiência anterior de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados segundo critérios da OMS)	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena	Medir a experiência de cárie dentária na dentição permanente
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Número médio de dentes permanentes hígidos (H), cariados (C), perdidos (P), obturados (O) e índice CPO	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na aldeia indígena	Avaliar a condição dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D e Percentual. Número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e restaurados, segundo critérios de diagnóstico da OMS, 1987	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Medir a experiência acumulada de cárie
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média e Percentual (média variando de 8 a 32)	Observação (exames clínicos no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Avaliar as necessidades odontológicas
Média do Índice CPO-D e relação ao componente C	Medida de cálculo: Média e percentual. Prevalência de cárie não tratada (C maior que zero). Verificou CPO-D = 0 e CPO-D maior que zero	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exames odontológicos na escola	Prevalência de cárie não tratada. (componente de C diferente de zero nos índices CPO-D).
Média do Índice CPO-D	Média de dentes cariados, perdidos e obturados da população	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a experiência de cárie dentária

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo critérios de diagnóstico de cárie dentária, o CPO-D originalmente proposto por Klein e Palmer	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico realizado em Florianópolis, 1971 e 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico realizado em Florianópolis, 1971 e 1997	Verificar a prevalência e severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Frequência do CPO-D e média dos seus componentes. Segundo códigos e critérios preconizados pela OMS, 1991, conhecidos como métodos combinados da OMS.	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada de ensino	Estimar a prevalência da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Média do CPO-D e seus componentes	Observação (exame clínico com auxílio de lanterna)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Índice mais utilizado na Avaliação clínica da condição de saúde bucal
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Média e Percentual do CPO-D e seus componentes, segundo OMS	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição de saúde bucal
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Média (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), segundo OMS	Observação (exame clínico na escola após escovação dental)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na escola após escovação dental	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), segundo OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo critérios de diagnóstico da OMS (1999), (número de dentes cariados, ausentes e obturados)	Observação (exame clínico odontológico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Medir a ocorrência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Prevalência alta, moderada, baixa ou muito baixa	Observação (exame clínico odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a prevalência e Severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média e Percentual. Segundo critérios de diagnóstico da OMS (1986), número de dentes cariados, ausentes e obturados	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Medir a prevalência e severidade de cárie e a necessidade de tratamento.
Média do Índice CPO-D	Segundo critérios da OMS, 1999	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média CPO-D. Número de dentes cariados, ausentes e obturados conforme os critérios da OMS	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na escola	Determinar a cárie dental
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média e percentual. Segundo critérios de diagnóstico da OMS, número de dentes cariados, ausentes e obturados	Observação (exame clínico na escola e no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola e no domicílio	Avaliar a condição de cárie dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e número de dentes naturais presentes	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D)	Registro institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Verificar a Severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D)	Recuperação de dados (Levantamentos epidemiológicos, 1980 a 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos, 1980 a 2003	Verificar a experiência de cárie
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a experiência de cárie dentária
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média e Percentual. Número de dentes cariados, perdidos e restaurados	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Verificar a cárie e a necessidade de tratamento
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Percentual. Número de dentes cariados, perdidos e restaurados, segundo critérios descritos no manual do Projeto SB-2000.	Observação (exame clínico utilizando ficha clínica adaptada do Projeto SB-2000)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a condição dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média, segundo códigos e critérios de classificação da OMS	Observação (Exame clínico no alojamento do exército)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no alojamento do exército	Verificar a prevalência de cárie e a gravidade
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Os componentes do índice CPO-D: C = equer tratamento, perdidos ou obturação fraturada; P = dente perdido e O = obturado ou com coroa, não há necessidade de tratamento.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D aos 12 anos	Medida de cálculo: Média de dentes permanente cariados, perdidos ou restaurados, aos 12 anos.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média de dentes cariados, perdidos e obturados	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Estimar a prevalência e severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média de dentes cariados, perdidos e obturados	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na pré-escola	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo critérios da OMS na 4ª edição do Oral Health Surveys - basic methods de 1997	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Estimar a prevalência e a severidade da cárie dentária
Média do Índice CPO-D	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D). Segundo metodologia da OMS	Observação (exame clínico na escola após escovação dental utilizando formulário próprio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após escovação dental	Avaliar a severidade e prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D	Soma de dentes permanentes cariados, extraídos e restaurados. A média para um grupo de indivíduos é obtida dividindo-se a soma pelo número de pessoas examinadas.	Observação (exame clínico na escola após escovação supervisionada utilizando uma ficha clínica única e individual)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após escovação supervisionada	Prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados, segundo OMS.	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico, 1998	Verificar a experiência ou ataque de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Os códigos segundo recomendações da OMS (1997), adaptados pela FSP/USP	Recuperação de dados (Levantamentos epidemiológicos, 1998 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Levantamentos epidemiológicos, 1998 e 2004	Verificar a experiência de cárie na dentição
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice CPO-D preconizado pela OMS	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D e Percentual dos componentes. Índices e códigos segundo as recomendações da OMS (WHO, 1997)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a experiência de cárie, tendo como referência a escala de severidade da OMS
Média do Índice CPO-D	Segundo critérios da OMS, presença de cárie em fóssulas, fissuras ou superfícies lisas não questionável	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a incidência de cárie
Média do Índice CPO-D	Máximo, mínimo e média segundo critérios da OMS. Número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a experiência de cárie

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Média CPO-D. Os critérios diagnósticos adotados segundo Manual de Levantamentos Básicos em saúde bucal 4ªed (1999)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na escola	Determina da prevalência de cárie dentária na população
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D. Os critérios diagnósticos adotados OMS.	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de saúde bucal para o Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de saúde bucal para o Estado de São Paulo (1998)	Avaliar a cárie dentária
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média do CPO-D segundo o nível: 0, 1 a 3, 4 a 6 e maior que sete e Percentual de dentes hígidos, cariados, perdidos e obturados,	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verifica a experiência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo códigos e critérios recomendados pela OMS (WHO, 1997) com adaptação da FSP/USP (NARVAI, CASTELLANOS, 1998). Número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e restaurados na dentição permanente.	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Índice que mede a experiência acumulada de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média Os códigos para a verificação de cárie dentária segundo OMS (WHO, 1997), adaptados pela FSP/USP (USP, 1999).	Observação (Exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a experiência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo a OMS. Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D)	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico no domicílio	Identificação dos dentes acometidos pela cárie, considerando a sua condição clínica: cariado, perdido (extraídos) ou obturado.
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Percentual. O critério para avaliar a cárie segundo a OMS publicada na 4 Edição. A prevalência de cárie classificada: muita baixa, baixa, moderada, alta e muito alta.	Registro Institucional (Departamento Regional de saúde do estado de São Paulo)	FONTE PRIMÁRIA: Departamento Regional de saúde do estado de São Paulo	Prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Índice de dentes cariados/perdido/obturado (CPO-D) segundo os critérios definidos pela OMS.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a exposição e a severidade da cárie dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo critérios e índices preconizados pela OMS.	Observação (exame clínico no domicílio ou na escola com fichas epidemiológicas próprias)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio ou na escola	Conhecer a prevalência e a gravidade da cárie, bem como as necessidades de tratamento

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média do Índice CPO-D e Percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média CPO-D. Número de dente perdido, cariado e obturado e Percentual dos seus componentes	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, 2002	Verificar a experiência de cárie dentária
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média. Segundo códigos e critérios da OMS, adaptados pela FSP da USP, através do índice CPO-D, que totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média. Critérios segundo OMS, 1997	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar prevalência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo os critérios estabelecidos pela WHO	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar prevalência de cárie dental (CPO-D = 0 e CPO-D > =1)
Média do Índice CPO-D e percentual dos seus componentes	Medida de cálculo: Média do CPO-D e Percentual dos seus componentes. Número de dentes cariados, perdidos e obturados segundo critérios da OMS	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a experiência de cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média de dentes- cariado, perdido e obturado	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a cárie dentária
Índice CPO-D e seus componentes	Segundo OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a condição da coroa dental
Média do Índice CPO-D aos 12 anos	Não apresenta	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice CPO-D	Medida de cálculo: Média do índice CPO-D e seus componentes Cariado (C), Perdido (P) e Obturado (O)	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Estimar a prevalência e severidade da cárie
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Medida de cálculo: Média segundo critérios da OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Média do Índice CPO-D e seus componentes	Segundo códigos e critérios da OMS.	Recuperação de dados (Levantamento de saúde bucal conduzido em escolares no Brasil entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento de saúde bucal conduzido em escolares no Brasil entre 1997 e 2004	Avaliar a cárie dental

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	CONDIÇÃO PERIODONTAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo condição periodontal	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com doença periodontal: não ou sim. Analisada isoladamente, considerado "doente periodontal" o indivíduo que apresentava, num mesmo sextante, 1) bolsa periodontal ≥ 4 e 2) perda de inserção ≥ 4 (PIP ≥ 2).	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco e dados do inquérito SBBRASIL 2003	Avaliar a doença periodontal relacionada a condições normativas de saúde bucal
Perda de inserção clínica	Perda de inserção clínica, conforme descrito por Armitage. A severidade da doença em cada dente baseou-se no sítio de maior perda de inserção, caracterizado em: periodontite leve: perda de inserção de 1 a 2 mm; moderada: 3 a 4 mm; severa: maior ou igual a 5 mm.	Observação (Exame radiográfico e exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com as mulheres do Projeto para promoção da saúde dos idosos	Severidade da doença periodontal
Percentual segundo doença periodontal	Medida de cálculo: Percentual. Categorizada em: ausência; presença; todos os sextantes excluídos	Observação (exame clínico no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	DIMENSÃO: Necessidades odontológicas normativas
Presença de placa bacteriana e/ou gengivite	Não apresenta	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Prevalência de doença periodontal	Derivado do índice CPITN. Pelo menos um sextante com alteração periodontal	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Prevalência de doença periodontal	Derivado de CPITN. Prevalência da doença periodontal definida com base no percentual de pontuação mais alta	Observação (exame clínico na zona rural)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na zona rural	Não apresenta
Média por sextante segundo condição medida pelo Índice periodontal comunitário (ICNTP)	Número médio de sextantes afetados (por indivíduo) segundo condições do índice Periodontal Comunitário (ICNTP)	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio na aldeia indígena	Avaliar a condição periodontal
Média por sextante segundo condição medida pelo Índice periodontal comunitário (ICNTP)	Baseado na OMS. Exame realizado em seis dentes índice (dentes 16, 11, 26, 36, 31, 46), e incluída pontuação para sangramento e cálculo.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Measuring and monitoring the prevalence and severity of periodontal diseases at the community level
Média por sextante segundo condição medida pelo Índice periodontal comunitário (ICNTP)	Número médio de sextantes afetados (por indivíduo) segundo condições do ICNTP. Preconizado pela OMS onde são verificados 6 dentes Índices (11, 31, 16, 2, 36 e 46), classificados em: hígidos, presença de sangramento após a sondagem; cálculo dentário; bolsas periodontais rasas 3, 5 a 5, 5 mm e bolslas profundas, acima de 5, 5 mm	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a condição periodontal. Verificar a Severidade da doença e prevalência

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Média por sextante segundo condição medida pelo Índice periodontal comunitário (ICNTP) e seus componentes	A avaliação de cada sextante dentado classificada em: saúde periodontal, sangramento gengival, cálculo supra ou sub-gengival, bolsa de 4-5mm, bolsa de 6 mm ou mais ou um excluído. Todos os dentes em cada sextante foram examinados, e a condição mais grave CPITN foi registrada. Resultado: Percentual de indivíduos com alto escore do ICNTP. Percentual médio de escore por sextante, N° médio de sextantes afetados por indivíduos	Observação (exame clínico na zona rural)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na zona rural	Avaliação da condição periodontal (prevalência e severidade da destruição periodontal), determinar as necessidades de tratamento. Pode ser usado para o planejamento e monitoramento de tratamento periodontal de necessidades de populações específicas.
Percentual segundo condição periodontal medida pelo Índice CPITN (Índice periodontal comunitário de tratamento de necessidades)	Percentual, proposto pela OMS, sextante classificado em: excluído, hígido, com presença de sangramento em pelo menos um dos dentes, presença de cálculo supra- ou subgengival, bolsa periodontal de 4 a 5 mm e bolsa periodontal com 6 mm ou mais profunda. a boca é dividida em sextantes definidos pelos números dos dentes 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Um sextante só será examinado se existir dois ou mais dentes presentes e não indicados para extração. O sextante será classificado baseando-se na pior situação encontrada.	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Para a Avaliação periodontal (estado periodontal)
Percentual segundo condição periodontal medida pelo Índice Índice Periodontal Comunitário de Tratamento de Necessidades (CPITN)	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Para avaliar a doença periodontal
Índice de placa visível	Medidas de profundidade de sondagem	Observação (Exame radiográfico e exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com as mulheres do Projeto para promoção da saúde dos idosos	Severidade da doença periodontal
IP - índice de placa	Índice de placa bacteriana das superfícies com placa em relação ao número total de superfícies examinadas	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a Higiene oral
Índice de placa visível	Percentual segundo o escore gravado de acordo com Ainamo, Baía (1975). A ocorrência de placa visível 1 e nenhuma placa visível 0	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Profundidade de bolsa periodontal (PPD)	Calculada como sendo a distância em mm da margem gengival à base do sulco/bolsa periodontal;	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Perda de inserção clínica (CAL)	Medida de cálculo: Percentual. Categorizado em mm (0-3, 4-5, 6-8, 9-11 e mais que 12 mm, excluídos)	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição PERIODONTAL
Nível de inserção clínica (CAL)	Nível clínico de inserção (CAL) medido como a distância em mm da junção cimento-esmalte para o fundo da fenda / bolsa periodontal. Resultado em mm e o número e percentagem de sítios com CAL < 3mm, 4mm, 5mm, 6mm, 7mm e > 8mm	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	
Profundidade de sondagem (PS):	Medida de cálculo: Média	Observação (Exame radiográfico e exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com as mulheres do Projeto para promoção da saúde dos idosos	Severidade da doença periodontal
Média e Percentual segundo Profundidade de sondagem (PS)	Medida de cálculo: média e Percentual de indivíduos com PS maior ou igual a 4mm. Os critérios para cada indicador, baseados em Lindhe: Medida a distância da margem gengival ao fundo do sulco ou bolsa gengival, incluindo seis sítios: disto-vestibular, vestibular, méso-vestibular, disto-lingual, lingual e méso-lingual	Observação (exame clínico na igreja)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na Igreja	Indicadores de doença periodontal
Profundidade de sondagem (PS):	Sondagem profundidade sulco/bolsa e recessão gengival ou hiperplasia medido em 6 sítios para cada dente. Doença classificada: leve, moderada ou grave	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	
Média segundo Índice de sangramento ou índice gengival	Medida de cálculo: Média	Observação (Exame radiográfico e exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com as mulheres do Projeto para promoção da saúde dos idosos	Severidade da doença periodontal
Percentual de sangramento à sondagem	Medida de cálculo: Média e a porcentagem de acometimento na população. Leitura do sangramento após a sondagem até o fundo do sulco ou bolsa gengival nas superfícies mesial, distal, vestibular e lingual	Observação (exame clínico na igreja)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na Igreja	Indicadores de doença periodontal
Índice de sangramento à sondagem	Número de sítios de sangramento em relação ao número total de sítios analisados.	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliação da condição gengival
Presença de cálculo	Medida de cálculo: Média e a porcentagem de acometimento na população. Os critérios para cada indicador, baseados em Lindhe.	Observação (exame clínico na igreja)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na Igreja	Indicadores de doença periodontal
Índice de Alterações Gengivais (IAG)	Medida de cálculo: Frequência absoluta e relativa e distribuição do IG. IAG para os indivíduos com 5 anos de idade segundo a OMS	Observação (exame clínico na aldeia)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia	Avaliar a condição PERIODONTAL (Condições de saúde bucal)
Índice gengival (IG)	IG (Lõe & Silness). Classificou a gengiva em: gengiva saudável, inflamação gengival leve, moderada ou severa	Observação (exame clínico na escola após escovação dental)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após escovação dental	Utilizado para classificar a gengivite

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de Placa	Índice de placa dental bacteriana (Índice de placa Løe)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual segundo Perda de inserção clínica ≥ 4 mm	Percentual segundo perda de inserção clínica ≥ 4 mm, categorizada em sim ou não	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não apresenta
Percentual segundo bolsa periodontal ≥ 4 mm	Percentual segundo bolsa periodontal ≥ 4 mm, categorizada em sim ou não	Recuperação de dados (estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE	Não apresenta
Percentual e média dos sextantes medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) e seus componentes	Medida de cálculo: Frequência absoluta e relativa do CPI e seus componentes. O CPI para aqueles com 12 ou mais anos segundo a OMS	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena	Avaliar a condição periodontal
Percentual e média dos sextantes medida pelo Índice periodontal Comunitário (CPI) e seus componentes	Valor Absoluto e Percentual de cada escore por indivíduo e sextante. Os sextantes, que receberam escores segundo a pior condição observada, para cada um dos índices: sextante hígido e perda de inserção entre 0 e 3mm; sextante com presença de sangramento em pelo menos um dos dentes e perda de inserção de 4 a 5mm; presença de cálculo supra ou subgingival e perda de inserção de 6 a 8mm; bolsa periodontal de 4 a 5mm e perda de inserção de 9 a 11mm; bolsa periodontal com 6mm ou mais e perda de inserção de ≥ 12 mm. Dentes índices preconizados pela OMS (17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36 e 37).	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Avaliação da condição periodontal
Índice periodontal comunitário (CPI), e seus componentes	Critérios recomendados pela OMS em 1997	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	DIMENSÃO: Condições normativas de saúde bucal ou condição de bucal. Avaliar a condição periodontal.
Índice periodontal comunitário (CPI)	CPI avalia a condição periodontal segundo higidez, presença de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais	Recuperação dos dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Avaliar condição periodontal
Índice periodontal comunitário (CPI), e seus componentes	Classifica cada sextante como saudável (IPC=0); apresentação de sangramento gengival à sondagem (IPC=1); ou cálculo dentário (IPC=2). Com base nesse índice, calculou-se a prevalência de sangramento gengival, considerando os que apresentaram ao menos um sextante com IPC=1. 2) prevalência de cálculo dentário ao menos um sextante com IPC=2.	Recuperação dos dados (Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo, 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo, 2002	DIMENSÃO: saúde gengival. Avaliar a condição Gengival

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice periodontal comunitário (CPI) e seus componentes	Segundo critérios preconizados pela OMS e adaptados pela Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP). Percentual segundo seus componentes (cálculo, sangramento e bolsa)	Observação (exame clínico de idosos institucionalizados)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos institucionalizados	Avaliar a condição periodontal. DIMENSÃO: condição de saúde bucal
Índice periodontal comunitário (CPI)	Indicadores das condições periodontais: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais, em que a cavidade bucal é dividida em sextantes, cada qual com seus dentes índices. Um sextante deveria ser examinado somente se existissem dois ou mais dentes presentes (desde que não estivessem indicados para exodontia). Na ausência dos dentes índices em um sextante qualificado para o exame, todos os dentes remanescentes naquele sextante foram examinados e o índice mais alto registrado.	Recuperação dos dados (Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo	Verificar a condição periodontal
Índice periodontal comunitário (CPI)	Estabelecido em função da presença de sangramento à sondagem e presença de cálculo (tártaro).	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Conhecer a condição gengival,
Percentual segundo condição periodontal medida pelo índice periodontal comunitário (CPI)	Medida de cálculo: Percentual. Condição periodontal classificada em: saudável, sangramento, cálculo, bolsa periodontal 4 a 5 ou maior que 6 MM, excluído	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição periodontal
Percentual segundo índice periodontal comunitário (CPI)	De acordo com critérios estabelecidos pelo manual da OMS. Medida de cálculo: Percentual com presença: bolsas (4-5 mm), cálculo, sangramento gengival e, sextantes saudáveis	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Conhecer a condição periodontal
Percentual segundo índice periodontal comunitário (CPI)	Medida de cálculo: Percentual segundo bolsa periodontal e cálculo	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual segundo condição periodontal medida pelo índice periodontal comunitário (CPI)	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos, segundo o maior grau de condição periodontal observado	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Grau condição periodontal
Percentual segundo índice periodontal comunitário (CPI)	Cada sextante da boca, examinados pelos dentes índices 17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, e 37, sextante conforme classificação da condição periodontal: saudável (CPI=0); ou apresentar sangramento gengival à sondagem (CPI=1); cálculo dentário (CPI=2); bolsa periodontal de 3, 5 a 5, 5 mm (CPI=3); bolsa periodontal profunda com mais de 5, 5 mm (CPI=4) ou ser excluído, por apresentar menos de dois dentes em condições de exame, ou todos os dentes extraídos (CPI=X).	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Guarulhos, 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Guarulhos, 2006	Avaliar a prevalência da condição periodontal (Prevalência de sangramento, cálculo dentário e bolsa)

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo condição periodontal medida pelo Índice periodontal comunitário (CPI) e suas dimensões	Medida de cálculo: Percentual segundo o CPI. Foi avaliado usando-se três Indicadores das condições periodontais: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Índice periodontal comunitário (CPI), e seus componentes	Não apresenta	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a condição periodontal
Percentual segundo índice periodontal comunitário (CPI)	Medida de cálculo: Percentual segundo índice CPI, dicotomizado em não (ausente) e sim (presente). A categoria “não” considerou o CPI máximo igual 0 e a categoria “sim” o CPI máximo igual a 2.	Recuperação dos dados (Levantamento epidemiológico SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico SB Brasil 2002-2003	Avalia a condição periodontal segundo higidez, presença de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais.
Percentual por sextante segundo condição periodontal medida pelo Índice periodontal comunitário (CPI)	De acordo com os critérios descritos no manual do examinador do Projeto SB-2000. Medida de cálculo: Percentual de cálculo, sangramento, bolsa, sadio, sextante incluído ou excluído	Observação (exame clínico com a ficha adaptada do Projeto SB-2000)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com a ficha adaptada do Projeto SB-2000	Avaliar a condição periodontal
Percentual segundo índice periodontal comunitário (CPI)	Avaliação de dos dentes índices e registrado score em cada um dos seis sextantes: 0 - sem sinal de doença; 1 - sangramento gengival após sondagem; 2 - presença de cálculo supra ou subgengival ou outros fatores retentivos de placa; 3 - 4 ou 5 mm profundidade de bolsa periodontal; 4 - 6 mm	Observação (exame clínico de idosos)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos na zona rural	The prevalence of periodontal disease. The subjects scored either calculus or shallow pockets, and only a small proportion was recorded as having deep pockets
Percentual por sextante segundo condição periodontal medida pelo Índice periodontal comunitário (CPI)	Medida de cálculo: Percentual com condição periodontal saudável, sangramento, calculo, bolsa ou excluído	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena	Avaliar a condição periodontal
Prevalência de saúde periodontal ao exame	Percentual: saúde periodontal ao exame (Saudável ou Doente)	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: Condições de saúde bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo presença de bolsa periodontal, sangramento e cálculo	Medida de cálculo: Percentual. Todos os dentes examinados para o sangramento, cálculo e bolsa periodontal. Cálculo e bolsa foram considerados presentes se detectado em pelo menos uma das superfícies examinadas. Bolsa periodontal Foi classificada como superficial (< 5 mm) ou (> 6 mm) de profundidade.	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo de saúde Oral em 1997	Prevalência de bolsa (agravo a saúde bucal)
Prevalência de bolsa periodontal rasa e profunda	Medida de cálculo: Percentual. Todos os dentes examinados para o sangramento, cálculo e bolsa periodontal.	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	DIMENSÃO: Condições normativas de saúde bucal ou condição de bucal. Avaliar a condição periodontal.
Prevalência de bolsas periodontais	Media de cálculo: Percentual segundo critérios preconizados pela OMS (WHO, 1997) com algumas modificações. Registra em cada dente-Índice e sextante examinados, a presença ou ausência de quatro indicadores: sangramento gengival após sondagem, cálculo dentário, bolsas periodontais rasas (3, 5 mm a 5, 5 mm) e bolsas periodontais profundas (5, 5 mm e mais).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicadores de doença periodontal passada ou atual (bolsas periodontais rasas e profundas).
Percentual segundo profundidade de bolsa	Obtida a partir da sondagem e nível de inserção clínico. Obtidos nos sítios mesial, distal, vestibular e lingual de todos os dentes presentes na cavidade bucal.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).	Indicadores para Avaliar a condição periodontal. DIMENSÃO: condição de saúde bucal
Percentual de indivíduos segundo prevalência de sangramento	Presença de hemorragia em pelo menos um dente. Número de dentes com sangramento por indivíduo e a proporção de dentes com sangramento entre os presentes.	Recuperação de dados (Pesquisa do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Um Indicador de gengivite e escovação inadequada
Prevalência de sangramento gengival à sondagem	Percentual. Percentual de adolescentes com sangramento gengival à sondagem em ao menos um sextante. CPI=1 ou IPC	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo	DIMENSÃO: SAÚDE GENGIVAL. Avaliar a condição GENGIVAL
Prevalência de sangramento gengival	Percentual para os dados clínicos, utilizaram-se os critérios preconizados pela OMS (WHO, 1997) com algumas modificações. Essas consistiram em registrar independente, em cada dente-Índice e sextante examinados, a presença ou ausência de quatro indicadores: sangramento gengival após sondagem, cálculo dentário, bolsas periodontais rasas (3, 5 mm a 5, 5 mm) e bolsas periodontais profundas (5, 5 mm e mais).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicadores de gengivite

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Prevalência de sangramento no momento da sondagem	Presença de sangramento, foram obtidos nos sítios mesial, distal, vestibular e lingual de todos os dentes presentes na cavidade bucal.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).	Indicadores para Avaliar a condição periodontal. DIMENSÃO: condição de saúde bucal
Prevalência de cálculo	Percentual de indivíduos com cálculo dentário (presente, ausente), segundo a OMS. Baseado no CPI	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	DIMENSÃO: Condições normativas de saúde bucal ou condição de bucal. Avalia a condição bucal. Avaliar a condição periodontal.
Prevalência de cálculo	Percentual. Percentual de adolescentes com cálculo dentário em ao menos um sextante, CPI ou IPC=2	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo	DIMENSÃO: SAÚDE GENGIVAL. Avaliar a condição GENGIVAL
Prevalência de cálculo dentário	Percentual para os dados clínicos, utilizaram-se os critérios preconizados pela OMS (WHO, 1997) com algumas modificações. Essas consistiram em registrar independente, em cada dente-Índice e sextante examinados, a presença ou ausência de quatro indicadores: sangramento gengival após sondagem, cálculo dentário, bolsas periodontais rasas (3, 5 mm a 5, 5 mm) e bolsas periodontais profundas (5, 5 mm e mais).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicador de higiene bucal
Presença de cálculo	Presença de cálculo foram obtidos nos sítios mesial, distal, vestibular e lingual de todos os dentes presentes na cavidade bucal.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).	Indicadores para Avaliar a condição periodontal. DIMENSÃO: condição de saúde bucal
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP)	Medida de cálculo: Valor absoluto e Percentual de escore por indivíduo e sextante. PI 0-3mm; PI 4-5mm; PI 6-8mm; PI 9-11mm; PI ≥ 12mm; sextante nulo	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Avaliação da condição periodontal
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP)	Critérios recomendados pela OMS em 1997 índice de perda de inserção (IPI)	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição periodontal.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP)	Segundo critérios preconizados pela OMS e adaptados pela (FSP-USP)	Observação (exame clínico dos idosos institucionalizados)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos institucionalizados	Verificar a condição periodontal.
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP)	Obtida por exames realizados com base nos dentes indicadores, tendo dessa forma uma estimativa da destruição acumulada durante a vida útil da inserção periodontal.	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de saúde bucal de São Paulo	Verificar a condição periodontal em relação a destruição acumulada da inserção periodontal
Média e percentual segundo Perda de inserção (PI)	Medida de cálculo: média e percentual de indivíduo com perda de inserção (ausente ou presente)	Observação (exame clínico na igreja)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na Igreja	Indicadores de doença periodontal
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP),	Medida de cálculo: Percentual segundo a ausência; presença; todos os sextantes excluídos	Observação (exame clínico no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Identificar as necessidades odontológicas
Percentual segundo Índice de perda de Inserção periodontal (PIP)	Medida de cálculo: Percentual perda de inserção por mm.	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Avaliação da condição periodontal
Percentual segundo Índice de perda de inserção periodontal (PIP)	Medida de cálculo: Percentual. As condições mais prevalentes para o PIP, complementando os sextantes excluídos, foram os sextantes com perdas de inserção entre 0 e 3mm (%), perdas entre 4 e 5mm (%) e as perdas maiores que 6mm (%).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Mobilidade dental de todos os dentes presentes	Medida de cálculo: Percentual segundo presença de mobilidade dental, sim ou não	Observação (Exame radiográfico e exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com mulheres do Projeto de Promoção da saúde dos Idosos	Severidade da doença periodontal
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	DEFEITOS NO ESMALTE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de prevalência de defeitos de esmalte (hipoplasia e opacidade)	Medida de cálculo: Percentual 1) Opacidade demarcada: esmalte de um ou mais dentes com superfície e consistência normais, mas com uma alteração demarcada de translucidez de grau variável, com limites distintos e claros que podem ser brancos creme, amarelo ou marrom. 2) hipoplasia: esmalte de um ou mais dentes com perda de estrutura de sua superfície, podendo ter diminuição na sua consistência (maior porosidade).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de prevalência de defeitos de esmalte (hipoplasia e opacidade)	Percentual. Opacidade: um ou mais dentes com esmalte com alteração demarcada de translucidez, de diferentes graus, com limites distintos e claros, podendo ser de cor branca, creme, amarela ou marrom. Hipoplasia, o esmalte apresentando perda de estrutura, associado a uma diminuição na sua consistência ou porosidade.	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico em Paulínia)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em Paulínia	Verificar a prevalência de alterações do esmalte
Percentual segundo Índice de defeitos de desenvolvimento do esmalte	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na pré-escola	Verificar prevalência de defeitos de formação de esmalte em pelo menos uma superfície dental
Percentual segundo Índice de defeitos de desenvolvimento do esmalte modificado (DDE)	Medida de cálculo: percentual. Recomendados pela OMS. Defeitos de esmalte em três categorias: opacidades demarcadas, opacidades difusas e hipoplasias. As opacidades demarcadas estão presentes quando existe uma anormalidade na translucência do esmalte, mas a espessura do esmalte não é afetada, com margens bem definidas, podendo apresentar variações na coloração da superfície dentária, variando da cor branca à cor creme, amarela ou até marrom. Os defeitos podem ser translúcidos na superfície ou falta de brilho na sua aparência	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola sem RX	Os defeitos de esmalte são um importante Indicador de risco de cárie porque a ultra-estrutura do esmalte, que provavelmente é anormal, também é mais susceptível à desmineralização. Identificar as opacidades demarcadas e hipoplasia.
Percentual segundo Índice DED modificado FDI.	Percentual de prevalência e severidade. O índice de defeitos de esmalte desenvolvimento modificado Foi usado para diagnosticar e classificar as alterações no esmalte dos dentes permanentes. De acordo com a sua aparência clínica, DED foram classificadas como opacidade demarcada, opacidade difusa ou hipoplasia; outros defeitos	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Identificar a gravidade ou severidade do defeito do esmalte pior condição hipoplasia
Percentual de hipoplasia e opacidade demarcada	Medida de cálculo Percentual de hipoplasia e opacidade demarcada avaliadas aos 5 e 12 anos; segundo os critérios da OMS (WHO, 1997).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar alterações de esmalte
Percentual segundo Índice de defeitos de desenvolvimento do esmalte modificado (DDE)	Segundo FDI, 1992	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Defeitos de esmalte foram avaliados
Percentual segundo índice DDE	Percentual de criança que apresentam opacidade e hipoplasia	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	FLUOROESE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo severidade de fluorose medida pelo índice de Dean	Medida de cálculo: percentual. Classificada: normal; questionável; muito leve; leve; moderada + severa	Recuperação de dados (estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados de estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004.	Não apresenta
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Thylstrup e Fejerskov segundo severidade	Medida de cálculo: percentual do grau de fluorose nos dentes anteriores. Os critérios de Russel foram empregados, no diagnóstico diferencial, entre fluorose dentária e opacidades decorrentes de outras causas.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na escola	Determinação da intensidade de fluorose, prevalência e da gravidade da fluorose.
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Thylstrup e Fejerskov segundo severidade	Medida de cálculo: Frequência de grau de severidade (0 a 9).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico na escola	Avaliar o grau de Severidade de fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Thylstrup e Fejerskov	Não apresenta	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Determinar a fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice Thylstrup e Fejerskov (TF)	Medida de cálculo: Percentual e frequência. Fluorose dental presente quando pelo menos um par de homólogos dentes permanentes. Classificou os graus de fluorose: 0. 1. 2. 3.4 a 5; 6 a 9.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito após profilaxia	Verificar a prevalência e gravidade da fluorose.
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: percentual. Classificada: fluorose muito leve, leve, moderada e severa	Recuperação de dados (estudo de saúde bucal, 1995 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde bucal, 1999 e 2005	Identificar a prevalência de fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Percentual de acordo com o grau: zero (normal) de fluorose, 1 (questionável), 2 (muito leve); 3 (leve); 4 (moderado) e o 5 (severo) segundo OMS, na qual o grau de fluorose varia de 0 a 5.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a prevalência e a Severidade da fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice T-F (Thylstrup & Fejersko)	Medida de cálculo: Percentual. A diferenciação diagnóstica entre formas leves de fluorose dentária e opacidades de esmalte de origem não fluorótica foi efetuada segundo critérios de Russel. Prevalência de fluorose categorizada: 0; 1-2 ou maior que 3	Observação (exame clínico após escovação supervisionada com dentifrício fluoretado)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola após higiene oral	Avaliar a prevalência de fluorose dentária
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Segundo critérios de diagnóstico recomendados pela OMS	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico em Paulínia)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico em Paulínia	Verificar a prevalência de fluorose

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Conforme códigos e critérios recomendados pela OMS (WHO, 1997).	Observação (exame clínico na pré-escola e escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares e escolares.	Verificar a prevalência de fluorose dental
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Percentual segundo o grau de fluorose. Índice de Dean considerou-se como ausência de fluorose os graus normal e questionável.	Observação (exame clínico na pré-escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolares sob luz natural e sem auxílio de secagem ou radiografias	Determinar a prevalência e o grau de fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: percentual segundo grau questionável; muito leve, leve, moderada e severa	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Determinar da prevalência e da severidade da fluorose dentária
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: percentual. De acordo com critérios estabelecidos pelo manual da OMS	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Determinar a prevalência da fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Percentual segundo grau de fluorose: normal, questionável, muito leve, leve, moderada, severa.	Recuperação de dados	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados de pesquisa anterior	Verificar a prevalência de fluorose dentária
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Percentual segundo grau de fluorose normal, questionável, muito leve, leve, moderada e severa	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a prevalência de fluorose dentária
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: percentual de indivíduos “sem fluorose” (graus 0 e 1) e os com fluorose (graus 2, 3, 4 e 5)	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico 2002-2003	Verificar a prevalência e severidade de fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Percentual de prevalência e severidade segundo os graus: questionável, muito leve, leve e moderada	Recuperação de dados (levantamento das condições de saúde bucal para o Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados Levantamento das condições de saúde bucal para o estado de São Paulo, 1998	Verificar a prevalência e severidade de fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean segundo prevalência e severidade	O índice de Dean mede a fluorose com níveis de 0 a 5, segundo recomendação da OMS	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: inquérito	Avaliar a prevalência e severidade da fluorose dental
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean	Medida de cálculo: Prevalência em Percentual e frequência classificada em sem fluorose; normal; questionável; com fluorose (muito; leve; moderada; severa; excluída).	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Verificar a prevalência e severidade da fluorose

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Fluorose segundo Índice de Fluorose dentária da Comunidade (CFI)	Medida de cálculo: não apresenta. O índice atribui maior peso para as maiores severidades da fluorose	Recuperação de dados (estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004.	Para comparar a prevalência e severidade da fluorose dentária nos dois período
Fluorose segundo Índice de Fluorose dentária da Comunidade (IFC)	Calcula-se a média aritmética das notas atribuídas a cada criança, De acordo com a fórmula: Σ (frequência x grau)/n, onde "n" corresponde ao número de crianças examinadas (Chaves, 1977).	Observação (exame clínico na pré-escola e escola)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico em pré-escolares e escolares.	Não apresenta
Fluorose segundo índice comunitário de fluorose (ICF)	Medida de cálculo: Não apresenta	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual de fluorose segundo a OMS	Medida de cálculo: Percentual de fluorose classificada como normal; questionável; muito leve; leve; moderada; severa, adotados critérios da OMS de acordo com a 4ª edição do Oral Health Surveys - basic methods de 1997	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual de fluorose segundo a OMS	Medida de cálculo: Percentual segundo OMS publicada na 4 Edição. A prevalência de fluorose classificada segundo os grupos: normal, questionável e severa.	Registro institucional Departamento Regional de saúde do estado de São Paulo)	FONTE PRIMÁRIA: Departamento Regional de saúde do estado de São Paulo	Verificar a prevalência da fluorose.
Percentual de fluorose medida pelo TF segundo prevalência e severidade	Medida de cálculo: Percentual de prevalência e severidade de fluorose baseado no TF. Relativa à gravidade da fluorose: leve (TF graus 1, 2 e 3); moderada (grau TF 4) e severa (grau TF 5).	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito após profilaxia	Verificar a prevalência e severidade da fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean segundo prevalência	Medida de cálculo: percentual de crianças que apresentaram fluorose dentária do grau 2 (muito leve) ao 5 (severo)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual de fluorose medida pelo Índice TF segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual de fluorose.	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual de fluorose medida pelo Índice Thylstrup-Fejerskov (TF)	Medida de cálculo: Percentual por escore (0, 1, 2, 3 ou mais que 4)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a fluorose
Percentual de fluorose medida pelo Índice de Dean segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual de fluorose: sim ou não. Critérios do Russel usados para o diagnóstico diferencial entre sinais muito leves de dental fluorose e opacidades de esmalte não fluorótico	Recuperação de dados (levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento de saúde bucal em escolares no Brasil entre 1997 e 2004	Avaliar a presença de fluorose

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	CONDIÇÃO OCLUSAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Prevalência de má oclusão segundo OMS	Má oclusão, segundo OMS classificada: muito leve e distúrbios graves	Recuperação de dados (estudo de saúde Oral em 2006 e 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde Oral em 1997 e 2006	Avaliar o tipo de má-occlusão (agravos a saúde bucal)
Prevalência de má oclusão segundo Foster & Hamilton	Má oclusão (classificação Foster & Hamilton).	Recuperação de dados (pesquisa de saúde bucal em 1999 e 2005)	FONTE SECUDÁRIA: Banco de dados da pesquisa de saúde bucal em 1999 e 2005	Identificar a presença de mordida aberta anterior, posterior unilateral ou bilateral e relação inter-canine e oclusão
Prevalência de má oclusão	Razão de prevalências para má oclusão, $R = RM/RF$	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Para calcular o índice, cada condição oclusal recebe um fator de ponderação e uma constante é adicionada. O índice é categorizado: oclusão normal, má oclusão com necessidade de tratamento eletivo, má oclusão severa com tratamento altamente desejável e altamente grave ou incapacitante maloclusão.	Recuperação de dados (estudo de saúde bucal em 1995 e 2005)	FONTE PRIMÁRIA: Banco de dados da pesquisa de saúde bucal em 1999 e 2005	Verificar a maloclusão
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Condição oclusal medida pelo DAI, classificada conforme as categorias preconizadas pela OMS em: ≤ 25 , 26-30, 31-35 e ≥ 36 .	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Não apresenta
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Avalia as condições: ausência de dentes anteriores, apinhamento e espaçamento nos segmentos incisais, diastema, irregularidade maxilar e mandibular nos dentes anteriores, sobressaliência ou overjet maxilar e mandibular, mordida aberta vertical anterior, e relação molar antero-posterior	Recuperação de dados (levantamento epidemiológico de saúde bucal do Estado de São Paulo, em 2002)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico de saúde bucal no Estado de São Paulo, seguindo critérios diagnósticos da OMS	Avaliar a oclusão dentária
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Medida de cálculo Percentual conforme escore normal ou com oclusopatia, severidade e necessidade de tratamento	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a prevalência de oclusopatias, a severidade e necessidade de tratamento ortodôntico.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	O DAI considera dez critérios com os pesos específicos e o resultado é a soma dos escores de cada característica e adicionada uma constante igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das oclusopatias: normal, definida, grave ou muito grave	Recuperação de dados (dados do SBBrasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2003	Avaliar a presença de oclusopatias
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Medida de cálculo: Percentual oclusopatia: ausente ou leve, definida, severa e muito severa ou incapacitante segundo OMS	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Expressa o grau de severidade e necessidade de tratamento das oclusopatias dos indivíduos examinados
Índice de má-oclusão	Condição oclusal para a idade de 5 anos classificada em oclusão normal, maloclusão leve e maloclusão moderada/severa segundo os critérios do Projeto SBBrasil	Observação (exame clínico na creche)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na creche	Verificar a ocorrência de maloclusão aos 5 anos
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Segundo critérios estabelecidos pela OMS (1997). Para o cálculo aplicada uma equação de regressão. A necessidade de tratamento ortodôntico determinada pela gravidade das oclusopatias: normal, definida, grave ou muito grave	Observação (exame clínico na clínica da faculdade)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na Faculdade sem RX	Verificar a prevalência, severidade de oclusopatia e necessidade de tratamento ortodôntico
Percentual da condição oclusal analisada pelo Índice de DAI	Cálculo: Uso de escores para cada componente do DAI, total máximo 13 pontos segundo critérios da OMS.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar e determinar a necessidade de tratamento da má oclusão
Frequência de má-oclusão	Medida de cálculo: Percentual classificada em nenhuma (0), leve (1), moderada ou severa (2)	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena	Não apresenta
Percentual de condição oclusal avaliada pelo Índice de Necessidade de tratamento Ortodôntico (IOTN)	Medida de cálculo: não apresenta	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Avaliar a saúde dental, funcional e estético

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	PERDA DENTAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Necessidade de prótese dentária	Número de indivíduos segundo necessidade de prótese superior ou inferior. Segundo critérios da OMS. Categorizado: não necessita; necessita prótese superior ou inferior (Prótese unitária ou parcial; ou Prótese total).	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Utilização dos serviços
Percentual segundo necessidade de prótese	Medida de cálculo: percentual. Necessidade de prótese (presença de espaços protéticos de acordo com o WHO guidelines)	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo de saúde Oral em 1997	DIMENSÃO: agravos a saúde bucal
Percentual segundo prevalência de necessidade de próteses dentárias	Percentual de indivíduos segundo necessidade de próteses dentárias (sim ou não), por arco (superior ou inferior) e tipo de prótese mais indicado em ambos os arcos. Critérios recomendados pela OMS em 1997.	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição de saúde bucal
Necessidade de prótese	Percentual segundo tipo: prótese total removível, prótese parcial removível ou prótese fixa	Recuperação de dados (Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE	Não apresenta
Percentual segundo necessidade de prótese	Medida de cálculo: Percentual categorizado em: não necessita de prótese; necessita de algum tipo de prótese	Observação (exames clínicos no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Verificar a necessidade odontológica normativa
Percentual segundo necessidade de prótese dentária	Medida de cálculo: Percentual por tipo de prótese	Observação (exame clínico odontológico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual de pessoas que necessitam de prótese total (PT)	Medida de cálculo: percentual	Recuperação de dados (SBBrasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBrasil 2003	Não apresenta
Percentual segundo necessidade de prótese dental	Medida de cálculo: percentual (sim ou não)	Recuperação de dados (Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo uso de prótese dentária nos indivíduos de 15 a 19 e 35 a 44 anos de idade, conforme OMS, utilizada no SB Brasil	Observação (exame clínico no domicílio e na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio e na escola	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese removível	Medida de cálculo Percentual segundo uso de prótese removível categorizado em: não usa, usa parcial, usa total	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito SBBRASIL 2003	Variável de condição normativa da saúde bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo uso de prótese removível	Medida de cálculo; percentual segundo uso de prótese dentária	Recuperação de dados (Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp) em 2008)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp) em 2008	Verificar a condição de saúde
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: percentual segundo uso de prótese conforme presença de espaços protéticos e critérios da OMS	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Estudo de saúde Oral em 1997	Agravos a saúde bucal
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual categorizado em não usa / usa em 1 arcada; Uso em 2 arcadas e uso de próteses dentárias como total removível (dentadura) superior e inferior conforme critérios OMS	Observação (exame clínico dos idosos na UABSF ou associação de moradores)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito dos idosos na UABSF ou associação de moradores	Condição clínica da saúde bucal
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico na ILPI e FOP)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI e FOP	Avaliação das condições orais do paciente
Percentual segundo uso e necessidade de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo uso e necessidade prótese por arcada, condição da prótese e tipo conforme critérios modificados de Colussi et al. categorizado em Prótese total; PPR; Prótese fixa; não usam, segundo critérios modificados de Colussi et al.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o uso e a condição da prótese
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual de uso próteses dentárias conforme critérios recomendados pela OMS	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	DIMENSÃO: Condições normativas de saúde bucal
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual conforme uso de prótese categorizado em dentados (não usa; usa fixa ou removível); e edentados (usa o par; usa uma; não usa)	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	DIMENSÃO: Condições de saúde bucal
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	. DIMENSÃO: Coberturas de programas de saúde
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual categorizado em uso de prótese total superior e/ou inferior.	Observação (exame clínico de idosos institucionalizados)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito de idosos institucionalizados	Não apresenta
Porcentagem de indivíduos que usam próteses totais (PT)	Medida de cálculo: Percentual, segundo tipo de prótese (superior e inferior)	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de saúde bucal do Estado de São Paulo	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual conforme por arco categorizado em removível, prótese parcial removível ou prótese fixa	Recuperação de dados (Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), UNIVALE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa SAIS, UNIVALE	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo tipo: prótese total	Observação (exames clínicos no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	DIMENSÃO: necessidades odontológicas normativas
Percentual segundo uso de prótese dentária	Medida de cálculo: Percentual conforme uso de prótese (total, fixa e removível)	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição de saúde bucal
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual por tipo de prótese	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese removível (total ou parcial)	Medida de cálculo: Percentual segundo uso de prótese PPR e PR	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual segundo uso de próteses total, fixa e removível	Medida de cálculo: Percentual por tipo de prótese	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Não apresenta
Número de indivíduos segundo uso de prótese dentária	Medida de cálculo: Número de indivíduos segundo uso de prótese superior ou inferior conforme critérios da OMS. Categorizado em: uso (superior e inferior) e frequência: não usa; usa prótese unitária ou parcial; usa prótese total	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual conforme uso de prótese removível	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual segundo uso e necessidade de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo uso e necessidade por arco e ao tipo de prótese.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese dentária removível	Medida de cálculo: percentual segundo uso de prótese dentária removível, conforme critérios do SBBrasil em 1986, não incluiu as próteses parciais	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Exame clínico	Não apresenta
Percentual dentado e desdentado	Medida de cálculo: Percentual segundo necessidade do uso de prótese parcial removível	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Percepção dos indivíduos sobre a situação da dentição, inclusive sobre a necessidade de prótese
Percentual segundo uso de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo uso de prótese categorizado em sim ou não	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual segundo uso de prótese parcial	Medida de cálculo: Percentual conforme uso de prótese presente ou ausente	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos na zona rural	Não apresenta
Edentulismo	Medida de cálculo: Percentual conforme sim ou não	Observação (exames clínicos no consultório odontológico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no consultório odontológico	Necessidades odontológicas normativas

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de edêntulos	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Avaliar a condição periodontal
Percentual de Indivíduos edêntulos totais	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual de edentulismo	Medida de cálculo: percentual baseado no CPO-D	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Não apresenta
Edentulismo anterior segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual de edentulismo anterior, categorizado em variáveis dicotômicas (valores 0 = não, 1 = sim)	Recuperação de dados (SB Brasil 2002–2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBrasil 2002–2003	Expressa a gravidade da cárie
Percentual de Edentulismo	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Porcentagem de edentulismo	Medida de cálculo: percentual derivado do CPO-D	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de Edentulismo	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicador de condição de saúde bucal da população
Percentual conforme uso de prótese total	Medida de cálculo: valor absoluto e Percentual categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR	Avaliar a necessidade de cuidados em saúde
Perda dental	Perda dental com informação do próprio paciente	Entrevista (Pesquisa mundial de saúde – Atenção Básica)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa mundial de saúde – Atenção Básica	Indicador de estado de saúde bucal
Presença de mais 20 dentes	Medida de cálculo: Percentual conforme perda dental segundo critérios da OMS e categorizado em: mais de 20 dentes; até 20 dente.	Entrevista com idosos na UABSF ou associação de moradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos na UABSF ou associação de moradores	Determinar a percepção subjetiva da condição de saúde bucal.
Percentual de idosos segundo a perda dental	Percentual de idosos segundo a perda dental (dentado ou edentado). Baseado CPO-D	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	DIMENSÃO: Condições de saúde bucal
Prevalência de edentulismo	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com perda dos 32 dentes baseado no CPO-D	Recuperação de dados (SBBRASIL 2002 ou 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2002 ou 2003	Não apresenta
Percentual segundo perda de todos os dentes naturais	Medida de cálculo: Percentual	Entrevista (Pesquisa mundial de saúde – Atenção Básica)	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa mundial de saúde – Atenção Básica	Indicador de Coberturas de programas de saúde

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Perda dentária	Medida de cálculo: Média. Número médio de dentes perdidos	Recuperação de dados (SB Brasil 2002–2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002–2003	Expressa a gravidade da cárie
Percentual de dentes perdidos	Medida de cálculo: percentual baseado no CPO-D	Observação (exame clínico na aldeia indígena)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na aldeia indígena sem rx	Não apresenta
Número de dentes perdidos	Medida de cálculo: valor absoluto	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Perda dental	Medida de cálculo: percentual baseado no CPO-D	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a ausência de elemento dental
Perda dental	Medida de cálculo: percentual	Observação (exame clínico na ILPI e FOP)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI ou FOP	Não apresenta
Percentual de edentulismo	Medida de cálculo: percentual	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Perda dental	Percentual de perda dentária segundo número de dentes perdidos e localização por arco dental (anterior ou posterior) conforme critérios OMS, 1997 categorizada em perda dentária maior ou menor que 4	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	DIMENSÃO: Condições normativas de saúde bucal ou condição de bucal
Perda dentária (componente P do CPO-D)	Medida de cálculo: Percentual segundo CPO-D	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI sem RX	Não apresenta
Perda dentária (componente P do CPO-D)	Medida de cálculo: percentual do componente P dicotomizado em 0 e maior ou IGUAL a 1	Recuperação de dados (SB Brasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2003	Avaliar o agravo bucal: Perda denta. O componente P reflete a extensão e a gravidade da cárie
Perdas dentária segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual do componente P do CPO-D. Soma dos códigos 4 (perda dentária decorrente de cárie) e 5 (perda dentária decorrente de outras razões). Categorizado em indivíduos com perdas de até 12 dentes e acima deste número.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2002 ou 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2002 ou 2003	Marca a desigualdade social
Percentual de idosos com perda dentária	Medida de cálculo: Percentual de idosos com Perda dentária (componente P do CPO-D)	Recuperação de dados (levantamento das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento das condições de saúde bucal do Estado de São Paulo	Não apresenta
Perda dentária	Medida de cálculo percentual de perda dentária baseado no componente P (dentes perdidos em virtude de cárie dentária) do índice CPO-D e dicotomizada em zero e ≥ 1 dente perdido	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Avaliar o agravo: perda dentária

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Número de dentes permanentes presentes	Medida de cálculo: Número de dentes permanentes presentes categorizado em 23-32 dentes, 13-22, 3-12 e 0-2	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Base de dados do SBBRASIL 2003	Variável de condição normativa da saúde bucal
Média de dentes presentes	Medida de cálculo: Média baseada no CPO-D	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicador preditor de perda de dente melhor que a idade.
Número médio de dentes presentes	Medida de cálculo: valor absoluto derivado CPO-D	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com funcionários de escolas públicas e privadas e idosos dos serviços de saúde ou associação	Não apresenta
Número médio de dentes presentes	Não apresenta	Observação (exame clínico no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Porcentagem de pessoas com todos os dentes presentes na boca	Medida de cálculo: Porcentagem de pessoas de 18 anos com todos os dentes presentes na boca	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SBBRASIL 2003	Não apresenta
Média do número de dentes	Medida de cálculo: média de dente baseado no CPO-D	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de indivíduos segundo número de dentes presentes	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos classificados como arco curto, com dentição completa e desdentados.	Observação (exame clínico)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de indivíduos segundo número de dentes presentes	Medida de cálculo: Percentual	Observação (exame clínico no domicílio e escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio ou na escola	Não apresenta
Média de dentes presentes	Medida de cálculo: Percentual com ou sem dentes naturais	Observação (exame clínico)	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Número de dentes presentes aos 12 meses	Medida de cálculo: valor absoluto categorizado em mais ou menos que 5 dentes	Recuperação de dados (Estudo de saúde bucal, 1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo de saúde bucal, 1999	Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança
Número total de molares perdidos	Medida de cálculo: valor absoluto	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não apresenta
Percentual segundo número de dentes	Medida de cálculo: Percentual segundo número de dentes categorizado em 0, 1-10, 11-20, 21+ dentes	Recuperação de dados (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Perda dental	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não, baseado no CPO-D.	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	A perda do dente pode prejudicar capacidade do indivíduo para se socializar, prejudicar o desempenho do trabalho e atividades diárias, e levar à ausência de trabalho.
Percentual de indivíduos com falta de dentes	Medida de cálculo: Percentual categorizado em não; faltam poucos; falta a maioria	Observação (exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	DOENÇAS E AGRAVOS			
SUBDIMENSÃO	TRAUMATISMO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Prevalência de traumatismo dental	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não classificada segundo critérios de Andreasen's fratura de esmalte, esmalte-dentina, extrusão, luxação lateral, intrusão, avulsão e descoloração da coroa)	Observação (exame clínico na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola pública	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	PERCEPÇÃO DA SAÚDE			
SUBDIMENSÃO	BEM-ESTAR			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
GOHAI	Medida de cálculo: média. Questionário composto por 12 itens divididos em 3 dimensões: função física, dor e desconforto, e psicossociais. A pontuação final classificada como alta (34-36 pontos), moderada (31-33 pontos) e baixa (≤ 30 pontos) auto-percepção. as 12	Questionário GOHAI	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Atenção aos problemas relacionados às necessidades fisiológicas, físicas e psicológicas
Índice Geriatric Oral Health Assessment Index e suas dimensões	Questões avaliando a condições fisiológicas, físicas e psicológicas. Para as respostas das questões (sempre, às vezes e nunca), existem pesos/escores (1, 2 e 3), que somados darão o valor do índice (varia de 12 a 36), que quanto maior, melhor a saúde bucal do indivíduo e, consequentemente, melhor a qualidade de vida. Categorizado em alto (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor que 30).	Questionário GOHAI	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Verificar a influência dos problemas de saúde bucal nos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	Medida de cálculo: Média. Questionário composto por 12 questões sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. As respostas possíveis: "sempre", "algumas vezes" e "nunca". Elas recebem os escores 1, 2 e 3, respectivamente, e, para determinação do índice, soma-se o escore de cada questão. O escore de cada indivíduo varia de 12 a 36, e, quanto mais alto seu valor, melhores são as condições bucais.	Questionário GOHAI	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	Questionário com 12 questões em três dimensões: física ou funcional, psicossocial e dor ou desconforto. Respostas categorizadas (sempre, às vezes ou nunca). Quanto maior a soma da pontuação para o índice global e para cada uma de suas dimensões, obtém-se uma indicação mais favorável de qualidade de vida relacionada à saúde bucal	Questionário GOHAI	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o índice GOHAI	Autopercepção de saúde bucal. Estudo do impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das pessoas idosas e é também utilizado em outros segmentos de população adulta
Índice de Determinação da saúde bucal Geriátrica (GOHAI)	Composto por 12 perguntas com três respostas possíveis: "sempre", "algumas vezes" e "nunca". Elas receberam os escores 1, 2 e 3, respectivamente. De acordo com cada resposta, e para determinação do índice global, somava-se o escore de cada questão. O escore de cada indivíduo podia variar de 12 a 36. Dessa forma, a autopercepção do indivíduo Foi classificada em "ótima" (34 a 36 pontos), "regular" (30 até 33 pontos) e "ruim" (< 30 pontos).	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: inquérito	Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos não-institucionalizados
Índice GOHAI e seus componentes (domínio físico, psicológico e dor/desconforto)	GOHAI: 12 questões sobre problemas bucais nas dimensões: física, psicossocial e dor / desconforto. Respostas categorizadas: sempre/muitas vezes; às vezes / raramente; e nunca – recebendo os escores 1, 2 e 3, respectivamente. A soma total dos escores é o valor do índice para o indivíduo, com variação 12 a 36. Quanto mais alto o índice, melhor é classificada a saúde bucal e, consequentemente, melhor sua qualidade de vida autopercebida relacionada à saúde bucal. Valores entre 34 e 36 (altos); de 31 a 33 (moderados); e menores do que 30 (baixos)	Questionário GOHAI	FONTE PRIMÁRIA: Questionário GOHAI	Avaliar, através do autorrelato do paciente, a qualidade de vida dos idosos em relação a sua saúde bucal.
Oral i Impactos no Desempenho Diário (OIDP)	OIDP proposto por Adulyanon & Sheiham, validado no Brasil baseia-se nas dimensões dor, desconforto, limitação da função e insatisfação com a aparência que pode levar a incapacidade social, psicológica e física. Este Indicador pode variar de 0 a 9, categorizado como OIDP = 0 ou > 1.0.	Questionário OIDP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
OHIP-14	OHIP tem sete dimensões do impacto: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência para a realização de atividades cotidianas para o cálculo do OHIP, Contagem, para cada dimensão, dicotomizando as respostas com impacto ("frequentemente" e "sempre") e sem impacto ("às vezes", "raramente" e "nunca")	Questionário OHIP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito OHIP	Avaliar o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. Medida das disfunções, desconforto e incapacidade auto-avaliada à condição bucal, e informações da eficácia dos serviços de saúde em reduzir este impacto
Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	Medida de cálculo: Não apresenta. Dicotomizada em baixa (OIDP < 3) e alta interferência (OIDP ≥ 10, 0)	Questionário OIDP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Grau de interferência da condição bucal no desempenho diário
Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) modificado	Medida de cálculo: Não apresenta. OIDP modificado (composta por oito desempenhos). Os desempenhos afetados foram classificados segundo a frequência de impacto através do padrão de ocorrência e o grau de severidade atribuído para cada impacto relatado, principal sintoma registrado (dor, desconforto, limitação na função, insatisfação com a aparência ou outro) e o problema bucal responsável pelo impacto.	Questionário OIDP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a prevalência, frequência e severidade dos impactos bucais nos desempenhos diários (físico, psicológico e social)
Oral Impactos em Performances Diárias (OIDP)	OIDP consiste na Avaliação de oito performances diárias. Medida de cálculo: As pontuações do OIDP são formadas multiplicando a frequência de impacto pelo grau de severidade em cada desempenho afetado e, em seguida, as pontuações de desempenho são adicionadas, estabelecendo assim o OIDP individual categorizado em: baixo, médio ou alto	Questionário OIDP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar a frequência e a severidade dos impactos que afetam as atividades diárias individuais.
Impacto Oral no Desempenho Diário	Medida de cálculo: Não apresenta. Dicotomizado em: OIDP = 0 – sem impacto, and OIDP > 0 – algum impacto	Questionário OIDP VALIDADO no BRASIL	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida.
Oral Health Impact Profile (OHIP)	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em impacta (frequentemente e sempre) ou não impacta (raramente e nunca) na qualidade de vida. Aspectos: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas, utilizada escala de frequência do tipo Lickert	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o impacto na qualidade de vida produzido por problemas bucais. Detecta a associação entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Oral Health Impact Profile (OHIP)	O OHIP é composto : limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas. Varia de 0 a 9, Categorizado como ODP = 0 ou > 1.0.	Recuperação de dados (pesquisa em 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa em 1999 e 2005	Avaliar o impacto social da doença bucal. OHIP capaz de detectar uma associação entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento.
Oral Health Impact Profile (OHIP) -14	Não apresenta	Questionário OHI-P, em sua versão reduzida – OHIP-14	FONTE PRIMÁRIA: INQUÉRITO	Identificar a autopercepção da saúde bucal, apresentando questões que abrangem domínios como limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência
Oral Health Impact Profile (OHIP)	Medida de cálculo: não apresenta. Variando de 0 a 4,	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	O instrumento utilizado para determinar a qualidade de vida associado a saúde bucal Foi a Oral saúde impacto perfil (OHIP), versão brasileira
Oral Health Impact Profile - short form- OHIP-14	Média de cálculo: média. O índice OHIP-14 apresenta dois itens em cada dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Calculou-se a soma de pontos para cada item por indivíduo, variação de 0 a 56, o maior valor indica maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida	Questionário OHIP-14	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com a versão brasileira do OHIP-14	Avaliar o impacto de problemas bucais na qualidade de vida
Intensidade da dor dental nos últimos 3 meses	Media de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Estudo de saúde Oral em 1997 e 2006	Avaliar os agravos a saúde bucal
Intensidade da dor dental nos últimos 3 meses	Medida de cálculo: Percentual segundo intensidade da dor dental conforme escala do tipo Likert (possibilidades de 5 respostas: “não dói nada”, “só um pouquinho”, “mais ou menos”, “muito” e “demais”). Dicotomizada em “nenhuma ou baixa intensidade” (escores 0 e 1) e “Média ou alta intensidade” (escores 2 a 4).	Questionário (na escola)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Dor de dente segundo intensidade	Medida de cálculo: Dor de dente relatado no mês anterior medida com uma escala variando de 1 a 10.	Recuperação de dados (Pesquisa em 1999 e 2005)	FONTE PRIMÁRIA: Banco de dados da Pesquisa em 1999 e 2005	Não apresenta
Percentual de indivíduos segundo intensidade da dor orofacial nos últimos seis meses	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos segundo intensidade da dor orofacial nos últimos seis meses categorizada em leve ou moderada	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: percepção da condição de saúde
Prevalência de dor de origem dentária	Medida de cálculo: Percentual. Prevalência de dor de origem dentária nos últimos 12 meses autorreferido	Questionário (no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Indicador de agravamento à saúde bucal
Prevalência da dor dental nas últimas 4 semanas segundo intensidade e motivo da dor	Medida de cálculo: percentual de dor dental nas últimas 4 semanas segundo intensidade e motivo da dor	Recuperação de dados (Estudo de saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Estudo de saúde Oral em 1997 e 2006	Avaliar a cárie dentária (agravos à saúde bucal)
Dor dental	Medida de cálculo: Percentual categorizada em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de dor dental nos últimos 3 meses segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual de prevalência de dor dental nos últimos 3 meses	Questionário (escolares)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Dor de dente segundo prevalência	Medida de cálculo: Não apresenta. Dor de dente relatado no mês anterior	Recuperação de dados (Pesquisa em 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa em 1999 e 2005	Não apresenta
Prevalência de dor orofacial nos últimos seis meses	Percentual de indivíduos com ou sem dor orofacial nos últimos seis meses categorizado em sim ou não e espontânea ou provocada	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	DIMENSÃO: percepção da condição de saúde
Dor nos dentes e gengivas nos últimos seis meses segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (SBBrasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: SB BRASIL 2003	Não apresenta
Dor nos dentes nos últimos seis meses segundo prevalência	Medida de cálculo: Percentual de dor nos últimos 6 meses categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (SBBrasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	DIMENSÃO: predisposição de Necessidade de tratamento
Dor de origem dentária	Medida de cálculo: Percentual de dor de origem dentária e categorizada em variáveis dicotômicas (valores 0 = não, 1 = sim).	Recuperação de dados (SBBrasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Dor nos dentes e gengivas	Medida de cálculo: não apresenta. Dor nos dentes e gengivas dicotomizada em ausente (nenhuma dor) e presente (alguma dor) nos últimos 6 meses.	Recuperação de dados (SBBrasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB Brasil 2002-2003	Avaliar o agravo: dor nos dentes e gengivas
Dor nos dentes e gengivas ou dor dental nos últimos 3 meses	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com relato de dor dental nos últimos meses categorizado relato de dor; não relatou dor	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Guarulhos, 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Guarulhos, 2006	Não apresenta
Experiência de dor dental relatado até doze meses antes deste estudo	Medida de cálculo: Valor absoluto e Percentual (sim ou não)	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Dor de dente nos seis meses anteriores ao estudo	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Acesso aos serviços de saúde bucal
Percepção da condição de saúde	Medida de cálculo: não apresenta. Avaliação da saúde categorizada em excelente, muito boa, boa, razoável e ruim	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	PERCEPÇÃO DA SAÚDE			
SUBDIMENSÃO	NECESSIDADE REFERIDA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percepção da necessidade de tratamento atualmente	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o acesso
Necessidade de atendimento odontológico	Medida de cálculo: Percentual com informação do próprio usuário	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Necessidade declarada de prótese	Medida de cálculo: Percentual segundo necessidade de prótese removível e prótese total	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Necessita trocar prótese dentária	Medida de cálculo: Percentual dicotomizado em sim; não.	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Necessidade de atendimento odontológico	Medida de cálculo: Percentual.	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Entrevista	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Morbidade dentária autorreferida	Número de pessoas autorreferiram necessidade de tratamento dentário atualmente dividido pelo número de pessoas entrevistada multiplicado por 100	Questionário-entrevista (ACS na visita domiciliar)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Indicador de agravos à saúde bucal
Morbidade referida	Número de indivíduos segundo tipo de morbidade declarada (problemas bucais, doença periodontal, alterações bucais, relato de prótese mal adaptada, problemas na ATM)	Recuperação de dados (estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR	Avaliar a necessidade de cuidados em saúde
INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	PERCEPÇÃO DA SAÚDE			
SUBDIMENSÃO	AUTOPERCEPAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Autopercepção da mastigação	Medida de cálculo: não apresenta. Classificação da própria mastigação: ótima, boa, regular, ruim, péssima	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Base de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Verificar a insatisfação mastigatória, pois é um importante Indicador de incapacidade bucal
Auto-percepção da mastigação	Medida de cálculo: não apresenta. Os graus de autopercepção foram dicotomizados entre: “nenhuma dor/pouca dor” e “média dor / muita dor”.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados SBBRASIL 2003	Relacionado a autopercepção da saúde
Autopercepção da saúde bucal	Medida de cálculo: percentual dicotomizada em ótima/boa; regular; péssima/ruim	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Base de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Variável de condições subjetivas de saúde bucal
Autopercepção de saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual em relação dor dental, percepção de má posição dentária, sangramento gengival	Questionário aplicado com escolares adolescente	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com adolescentes escolares	Não apresenta
Autopercepção da condição de saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual segundo classificação como péssima, ruim, regular, boa e ótima.	Questionário aplicado com escolares adolescente	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com adolescentes escolares	Não apresenta
Autopercepção da saúde bucal	Medida de cálculo: Valor absoluto e percentual classificada como muito boa/ boa; regular/ ruim/ péssima	Recuperação de dados (estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de base populacional, Ponta Grossa, PR	Avaliar a necessidade de cuidados em saúde
Autopercepção da saúde bucal	Medida de cálculo: Percentual classificada em boa, regular e péssima	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE	Percepção do idoso sobre sua saúde

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL				
DIMENSÃO	COMPORTAMENTO			
SUBDIMENSÃO	HÁBITOS DE VIDA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Hábitos alimentares	Medida de cálculo: não apresenta. Aspectos relacionados aos hábitos alimentares	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006	Índice de cuidados bucais
Hábitos de sucção não nutritiva na infância	Medida de cálculo: não apresenta. Aspectos relacionados aos hábitos de sucção não nutritiva na infância (hábito de usar uma chupeta, se sim, até quantos anos; hábito de chupar o polegar / dedos, se sim, até quantos anos)	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997 e 2007	Índice de cuidados bucais
Hábitos de higiene oral	Medida de cálculo: não apresenta. Aspectos relacionados aos hábitos de higiene oral	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997 e 2007	Índice de cuidados bucais
Cuidados com a higiene	Medida de cálculo: não apresenta. Aspectos relacionados aos cuidados com a higiene: frequência diária higiene bucal, motivo de manter os cuidados bucais	Questionário aplicados aos escolares adolescente	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com adolescentes escolares	Não apresenta
Higiene bucal segundo índice de placa visível – IPV	Medida de cálculo: não apresenta. A higiene bucal nos idosos dentados foi avaliada pelo índice de Silness & Loe modificado por Ainamo & Bay, onde escores 0 ou 1 foram atribuídos às superfícies vestibular e lingual de todos os dentes segundo a presença ou ausência de placa bacteriana visível	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Avaliar a higiene bucal
Higiene bucal segundo índice de limpeza de prótese	Medida de cálculo: não apresenta. Os idosos edêntulos, com prótese total superior, foi empregado o índice de limpeza da prótese proposto por Ambjorsen et al. A presença ou ausência de placa bacteriana registrada em cinco áreas da superfície interna da prótese total superior após rápida lavagem com água.	Observação (exame clínico na ILPI)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI	Avaliar a higiene bucal
Hábitos e cuidados referentes à saúde bucal	Medida de cálculo: não apresenta. Ind comp: 1) hábitos e recursos de higiene bucal (frequência de escovação dental diária, uso de creme dental, uso de fio dental), 2) frequência do consumo de doces entre as refeições,	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Hábitos de higiene	Medida de cálculo: não apresenta. Frequência de escovação	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Hábitos de higiene segundo frequência de escovação e ocasiões da realização da escovação	Medida de cálculo: não apresenta. “Frequência de escovação” dicotomizada em: uma vez ao dia e duas ou mais vezes ao dia. Ocasão da escovação: antes do café da manhã; após as refeições	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Cuidados com a higiene	Medida de cálculo: não apresenta. Avaliado os aspectos: 1) Hábito de escovar os dentes às vezes; Sim); 2) Frequência da escovação (≤ 1 vez ao dia; ≥ 2 vezes ao dia); Quantidade de dentífrico (não recomendada; recomendada). Para se estabelecer a quantidade de dentífrico utilizado, optou-se pela escala de Levy e Zarei-M	Questionário com perguntas fechadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Cuidados com a higiene	Medida de cálculo: não apresenta. Avaliado os aspectos: 1) uso de escova própria; 2) frequência de escovação (menos de duas ou mais de duas vezes ao dia); 3) frequência de troca de escova (menos de 4 vezes ou mais de 4 trocas por ano)	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Higiene bucal	Medida de cálculo: não apresenta. Avaliado os aspectos: realização da higiene bucal (sim ou não), escovação, bochecho e uso de fio dental	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Frequência de escovação	Medida de cálculo: frequência e percentual dicotomizado em mais ou menos que 2 vezes ao dia	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Hábitos e comportamentos	Medida de cálculo: não apresenta. Aspectos analisados: uso e frequência de escovação e uso do fio dental	Recuperação de dados (estudo de saúde bucal)	FONTE PRIMÁRIA: informação do próprio usuário pela aplicação de questionário na pesquisa em 1999 e 2005	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	AGLOMERADO DOMICILIAR			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Aglomeração domiciliar	Medida de cálculo: valor absoluto. Número de indivíduos por cômodo no domicílio dicotomizados a partir da mediana, formando as categorias: "desfavorável" ($< 0,80$) e "favorável" ($\geq 0,80$)	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Aglomeração no domicílio	Medida de cálculo: valor absoluto. Número de morador por cômodo categorizado em mais de 1 pessoa/cômodo, até 1 pessoa/cômodo	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Aglomeração domiciliar	Medida de cálculo: Razão entre o número de moradores e de cômodos no domicílio	Questionário no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo com adolescentes	Não apresenta
Aglomeração domiciliar	Medida de cálculo: Porcentagem de população vivendo em domicílios com mais de dois moradores por dormitório	Recuperação de dados (DATASUS e do IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Bancos de dados do DATASUS e do IBGE	Desigualdade social.
Aglomeração domiciliar	Medida de cálculo: valor absoluto categorizado em mais ou menos que 1 pessoa por domicílio	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTES	PROPÓSITO
Percentual de Indivíduos em moradias com três cômodos ou mais	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais
Número de cômodos na casa	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 1 a 3, 3 a 7 ou 7 a 9	Questionário	FONTES PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas
Número de moradores na casa	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 2 a 4, 4 a 6 ou 6 a 8	Questionário	FONTES PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas
Número de cômodos na casa	Medida de cálculo: Percentual categorizado em menor ou igual a 4, ou maior que 4	Aplicação da versão adaptada do instrumento estruturado utilizado no SSBrasil 2004.	FONTES PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS				
DIMENSÃO	ALFABETIZAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTES	PROPÓSITO
Taxa de alfabetização	Percentual com Taxa de alfabetização maiores de dez anos de idade.	Recuperação de dados (IBGE)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	Medida de cálculo: Percentual categorizado em acima ou abaixo da média	Recuperação de dados (IBGE)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Taxa de analfabetismo	Pessoas maiores de 15 anos que declaram não saber ler ou escrever	Recuperação de dados do PNAD (IBGE)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados do PNAD (IBGE)	Não apresenta
Coefficiente de analfabetismo (acima de 15 anos)	Não apresenta	Recuperação de dados (Censo 1991)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo 1991	Indicador de grau de desenvolvimento social dos municípios.
Taxa de analfabetismo da população adulta	Medida de cálculo: Percentual da população maior de 20 anos que não é capaz de ler e escrever um bilhete simples, que assina apenas o próprio nome ou que declarou ter aprendido a ler e escrever, mas esqueceu	Recuperação de dados (Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano)	FONTES SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano	Caracterizam a condição socioeconômica da população.
Atraso escolar	Medida de cálculo: Valor absoluto. Número de anos de estudo em relação à idade	Questionário	FONTES PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo com adolescentes no domicílio	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Atraso escolar	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos com atraso escolar categorizado em sim ou não. Considerou o Nível de Educação formal (anos de Escolaridade) e a idade dos mesmos. Classificados como atrasados no estudo os 18 e 19 anos, possuíam até 10 anos de Escolaridade; os 17 anos com até nove anos de Escolaridade, 16 anos com até oito anos de Escolaridade; e aos 15 anos com até sete anos de Escolaridade.	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Avaliar a condição socioeconômica
Percentual de analfabetos no grupo de 18-24 anos	Medida de cálculo: Percentual	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Percentual de pessoas + 25 anos com ensino fundamental incompleto	Medida de cálculo: Percentual	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Coefficiente de analfabetismo em adultos (15 ou mais anos de idade)	Não apresenta	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Bancos de dados do IBGE	Desigualdade social.
Taxa de analfabetismo (maiores de 20 anos)	Medida de cálculo: Não apresenta.	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Bancos de dados do IBGE	Índice de desenvolvimento socioeconômico
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	CONDIÇÃO DE VIDA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Indicador de Condições de Vida (ICV)	Medida de cálculo: não apresenta. Metodologia idêntica do IDH, incorporando mais indicadores de desempenho socioeconômico, com ampliação do leque de indicadores das dimensões renda, Educação e longevidade, e pela introdução de duas dimensões para retratar a Situação da infância e da habitação	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não apresenta
Índice de Condições de Vida Médio (ICV-M)	Medida de cálculo: Média do ICV educação, renda, Infância, longevidade e habitação	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Condições socioeconômicas
ICV-Educação	Medida de cálculo: Percentual da população com mais 25 anos categorizado em: mais de 11 anos de estudo; menos de 4 anos de estudo; menos de 8 anos de estudo	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Condições socioeconômicas

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de Condições de Vida (ICV)	Extensão do Índice municipal de desenvolvimento humano (IDH-M); incorpora, além das dimensões Longevidade, Educação e renda, outros indicadores destinados a avaliar as dimensões Infância e Habitação;	Recuperação de dados (Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano	Caracterizam a condição socioeconômica da população,
ICV renda	Medida de cálculo: Percentual de pessoas com renda insuficiente; renda familiar per capita média	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Verificar o grau de desigualdade
ICV Longevidade	Medida de cálculo: Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Esperança de vida ao nascer em anos;	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Condições socioeconômicas
ICV Habitação	Medida de cálculo: Percentual população que vive em domicílios: abastecimento adequado de água; materiais de construção duráveis; instalação adequada de esgoto; mais de 2 pessoas/dormitório	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Condições socioeconômicas
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	CONDIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Condições de desenvolvimento e seus componentes	Ind com (3): 1) Taxa de alfabetização (relação entre o número de adultos com habilidades de leitura/escrita e o número total de adultos habitantes em cada município.); 2) Densidade demográfica (número médio de habitantes por km ² .) e IDH (agrega dados econômicos do PIB per capita, com dados relacionados à saúde (Média expectativa de vida ao nascer) e Educação Taxa de alfabetização de adultos e ensino (combinado elementar, ensino médio e ensino universitário)	Recuperação de dados (Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas	São os indicadores sociais do componente condições de desenvolvimento
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	CONDIÇÕES DE SANEAMENTO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Condições de saneamento básico e seus componentes	IND COMP (3): 1) Cobertura de abastecimento de água encanada (Percentual de indivíduos que vivem em residências com água encanada); 2) Cobertura de abastecimento de água com banheiro Residencial (porcentagem de indivíduos que vivem em residências com água encanada e uma casa com banheiro); 3) Cobertura de Coleta de lixo (Percentual de indivíduos que viviam em áreas urbanas, com um serviço de Coleta de lixo);	Recuperação de dados (Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas	São os indicadores sociais do componente condições de saneamento básico

INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	CONDIÇÕES ECONÔMICAS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Condições econômicas e seus componentes	IND COMP (4) 1) Índice Gini (Mede o grau de desigualdade de acordo com a renda per capita familiar. Seu valor varia de 0 (quando supostamente não há nenhuma desigualdade e a renda de todos os indivíduos é o mesmo) a 1 (apenas um indivíduo de máxima desigualdade possui todos os rendimentos na sociedade e todos os outros indivíduos têm sem renda); 2) Índice de Theil (Índice de Theil refere-se a segunda medida de desigualdade na Theil, denominada L do Theil, que mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos de acordo com o rendimento do agregado familiar per capita, excluindo aqueles sem renda); 3) Índice de responsabilidade em Minas Gerais- MGSRI (Este Índice foi projetado para avaliar a situação dos municípios através da análise de nove dimensões: renda, saúde, Educação, segurança pública, gestão, habitação, ambiente, cultura e esportes/lazer. Os indicadores de cada dimensão são transformados em Índices e os meios ponderados dá ao índice de um valor entre 0 e 1, com valores que se aproxima de 1, denotando um maior Nível de desenvolvimento); 4) Percentual de pessoas empregadas (percentagem de indivíduos formalmente empregados em relação ao total da população entre 16 e 64 anos)	Recuperação de dados (Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas de desenvolvimento humano eletrônico e do programa de desenvolvimento das Nações Unidas	São os indicadores sociais do componente condições socioeconômicas
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	DESENVOLVIMENTO HUMANO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal do ano 2000	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal	Medida de cálculo: Média aritmética simples de três subíndices referentes às dimensões longevidade, Educação e renda.	Recuperação de dados (Censo Demográfico de 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico de 2000	Medir o desenvolvimento de um país ou município, pois agrega os fatores longevidade e Educação com peso igual ao da renda per capita, ajustada pelo poder de compra.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal	Não apresenta	Recuperação de dados (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal	Medida de cálculo: Média aritmética simples de três sub índices referentes às dimensões IDH – municipal; IDH – Educação; IDH – longevidade; IDH – renda	Recuperação de dados (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Não apresenta	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: não apresenta. Medida que congrega informações sobre longevidade, renda e Escolaridade, aferido para os municípios brasileiros pelo escritório regional no Brasil do PNUD	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: não apresenta. Medida composta de informações sobre renda, níveis de instrução e longevidade em cada cidade.	Recuperação de dados (PNUD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD	Determinante contextual
Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDH-M)	Não apresenta	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: Média. Calculado com informações sobre expectativa de vida ao nascer, Educação e PIB per capita, varia de 0 (menor desenvolvimento) a 1 (maior desenvolvimento)	Não apresenta	Não apresenta	Indicador do padrão de vida
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: não apresenta. Longevidade, educação e renda em escala de 0 a 1	Recuperação de dados (PNUD, 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD, 2000	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: não apresenta. Medida composta pelas informações sobre: Renda, Educação e longevidade	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida de cálculo: não apresenta. IDH-M é medido através de indicadores de Educação (Taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos e Taxa bruta de frequência à escola), longevidade (expectativa de vida ao nascer) e renda (Renda municipal per capita).	Recuperação de dados (PNUD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD	Não apresenta
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	Medida de cálculo: não apresenta. Agrega informações sobre renda, escolaridade e longevidade	Não apresenta	Não apresenta	Determinantes contextuais
IDH M	Não apresenta	Recuperação de dados (OMS para o ano 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da OMS para o ano 2000	As características desejadas e esperadas do desenvolvimento humano: Renda, a longevidade de uma população e o grau de maturidade educacional.
IDH	Não apresenta	Registro institucional (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro)	FONTE PRIMÁRIA: Informações na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	Não apresenta
IDH	Medida de cálculo: não apresenta. Combina longevidade, Escolaridade	Recuperação de dados (Censo 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo 1991	Indicador de grau de desenvolvimento social dos municípios
IDH Educação	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	
IDH renda	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (PNUD/1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD/1991	Condições socioeconômicas
IDH	Medida de cálculo: não apresenta. IDH varia de 0 a 1, com valores mais altos indicando melhores condições	Recuperação de dados (PNUD e o Fundo das Nações Unidas para a Infância)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD e o Fundo das Nações Unidas para a Infância	Índice de desenvolvimento socioeconômico

INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	DESENVOLVIMENTO INFANTIL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice de desenvolvimento infantil	Medida de cálculo: não apresenta. Medida composta de informações sobre renda, escolaridade e saúde da criança. O CDI varia de 0 a 1, com valores mais altos indicando melhores condições.	Recuperação de dados (PNUD e o Fundo das Nações Unidas para a Infância)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD e o Fundo das Nações Unidas para a Infância	Índice de desenvolvimento socioeconômico
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	DESIGUALDADE SOCIAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Coeficiente de Gini	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Usado para avaliar a desigualdade da distribuição da renda
Índice Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Índice varia de 0 (zero desigualdade) - em que todos receberiam a mesma parcela da renda - para 1 (máxima desigualdade) - na qual uma família receberia o total de toda a renda	Recuperação de dados (Censo Demográfico, 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico de 2000	Medida de desigualdade da distribuição da renda de uma determinada população
Coeficiente de Gini	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Verificação das desigualdades na experiência de renda nesta população
Coeficiente de Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Valor varia de 0, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima	Recuperação de dados (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil	Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo renda domiciliar per capita
Índice de Gini (Média)	Medida de cálculo: Média. Mede a desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita, podendo variar de 0 (menor desigualdade) a 1 (maior desigualdade).	Não apresenta	Não apresenta	Mede a desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita
Índice de Gini (Média)	Medida de cálculo: não apresenta. Escala de 0 a 1	Recuperação de dados (Censo Demográfico, 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico, 2000	Grau de desigualdade segundo a renda domiciliar

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Índice Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Varia entre 0, reflete a completa ausência da desigualdade na distribuição da doença e 1, com valores superiores, reflete os níveis mais elevados de desigualdade.	Recuperação de dados (estudos anteriores)	FONTE ESECUNDÁRIA: Banco de dados de estudos anteriores	Medida de desigualdade na distribuição da cárie. Índice de desigualdade para avaliar a distribuição de renda.
Índice Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Indica a desigualdade perfeita, com um Coeficiente de 1 e igualdade perfeita, com um Coeficiente de 0.	Não apresenta	Não apresenta	Adotado para avaliar a distribuição desigual da cárie dental e cuidado com a saúde bucal. Usado para medir a associação entre a exposição a um fator de risco e prevalência da doença
Índice de Gini	Não apresenta	Recuperação de dados (Censo 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo 1991	Segundo o texto é desigualdade na distribuição de renda.
Coeficiente de Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Valor varia de 0 a 1, sendo o valor 0 igualdade total e o valor 1 máxima desigualdade. Para o seu cálculo, foi utilizada uma planilha eletrônica disponível no endereço eletrônico < http://www.fo.usp.br/arquivos/Gini_calculation_for_caries_distribution.zip >.	Não apresenta	Não apresenta	Avalia a desigualdade na distribuição da cárie dentária durante um período de tempo.
Índice Gini	Medida de cálculo: não apresenta. Elaborado a partir das informações referentes ao rendimento médio, em salários mínimos, dos chefes de família. Compara a proporção do rendimento total auferido por uma parcela da população em relação ao peso relativo dessa parcela no conjunto da população geral; em uma situação de perfeita igualdade, a cada fração da população corresponderia uma parcela equivalente dos rendimentos;	Recuperação de dados (Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano	Indicador de desigualdade, desigualdade na distribuição da renda
Índice de Gini	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Avaliar a concentração de renda em nível municipal
Índice Gini	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta

INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	ESCOLARIDADE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Escolaridade	Medida de cálculo: não apresenta. Categoria: Ensino Fundamental incompleto, Ensino Médio incompleto e Ensino Médio completo e mais	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal
Escolaridade (em anos)	Medida de cálculo: estudo em anos	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de características individuais (fatores socioeconômicos) na autopercepção da mastigação
Escolaridade do chefe-da-família	Medida de cálculo: em anos de estudo	Recuperação de dados (Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008	Análise das desigualdades sociais em saúde. Escolaridade (usada como um proxy para status socioeconômico) e definido como anos de escolaridade
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Questionário na Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD realizada pela Fundação IBGE	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Questionário aplicado na ILPI ou FOP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na ILPI ou FOP	Não apresenta
Escolaridade da mãe	Medida de cálculo: anos de estudo da mãe dicotomizados a partir da mediana, formando as categorias: "desfavorável" (< 4 anos) e "favorável" (≥ 4 anos)	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2004	Predisposição
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudos completados, categorizada em mais de 8 anos, 5 a 8 anos e até 4 anos de estudo	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Dados do inquérito SBBRASIL 2002-2003	Predisposição
Escolaridade	Medida de cálculo: não apresenta. Categoria: 1o grau incompleto; 1o grau completo + 2o grau incompleto; 2o grau completo + 3o grau incompleto; 3o grau completo; pós-graduação	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: em anos de estudo	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe	Medida de cálculo: não apresenta. Categoria: não sabe ler, nem escrever; só sabe ler e escrever; 1º grau incompleto ou completo; 2º grau incompleto ou completo; universitário	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: Percentual categorizado em baixa ou alta. Informação do próprio usuário (série de estudo). Ex quarta série ou quinta série	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Fator de risco para doença periodontal
Grau de escolaridade (em anos de estudo)	Medida de cálculo: Percentual segundo anos de estudo	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe e do pai	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 8	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com jovem alistando de 18 anos	Não apresenta
Escolaridade (anos de estudo)	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não apresenta
Escolaridade da mãe e do pai	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 8	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: Percentual categorizado em analfabetos e não analfabetos	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe e do pai	Medida de cálculo: Percentual em anos de estudos categorizado em maior ou menor que 8 anos	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe e do pai	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 8	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Escolaridade da mãe e do pai	Medida de cálculo: Percentual	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe	Medida de cálculo: não apresenta. Categorias: 1ª a 4ª série; 5ª a 8ª série; ensino médio; ensino superior	Entrevista com a mãe	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com a mãe	Não apresenta
Escolaridade do indivíduo	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos categorizado em Ensino fundamental incompleto ou completo, Ensino médio incompleto ou completo, Ensino superior	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Nível de escolaridade dos pais	Medida de cálculo: em anos categorizado em menor que 8 ou mais que 9 anos	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não apresenta
Escolaridade (em anos)	Medida de cálculo: anos de escolaridade concluído sem repetição e dicotomizado de acordo com a média, correspondente aos 6 anos de Escolaridade	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Nível de escolaridade dos pais (em anos)	Medida de cálculo: não apresenta. Categorias: até 4 ou acima de 4; analfabeto; fundamental até a 4ª série; fundamental até a 8ª; ensino médio e superior	Questionário fechado – adaptado do modelo de Ribeiro e col.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Nível de escolaridade do pai ou responsável,	Medida de cálculo: Percentual categorizada em 1º, 2º E 3º grau	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Banco de dados do Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: analfabeto, primário incompleto e completo; secundário incompleto e completo e universitário incompleto e completo)	Entrevista com a versão brasileira do OHIP-14	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade dos pais (em anos)	Medida de cálculo: em anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade (em anos)	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 4 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Nível de escolaridade da mãe	Medida de cálculo: não apresenta. Categorias: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio incompleto e completo)	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade dos pais	Medida de cálculo: Percentual em anos de estudo formal.	Entrevista para o preenchimento do questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Grau de Escolaridade	Medida de cálculo: não apresenta. Categorias: analfabeto ou até 4ª série incompleta; 4ª série até 8ª série incompleta; 1º grau completo até 2º grau incompleto; 2º grau completo até superior	Questionário com características demográficas e bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade da mãe (em anos)	Medida de cálculo: em anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aferir a condição socioeconômica em epidemiologia.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Chefes de família com até sete anos de estudo	Medida de cálculo: não apresenta	Recuperação de dados (Estudo Pró-Saúde),	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados Estudo Pró-Saúde	Não apresenta
Escolaridade do alistando (18 anos)	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 8	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Percentual de Indivíduos com menos de um ano de estudo	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais
Escolaridade	Medida de cálculo: Percentual categorizada em Ensino fundamental (completo ou incompleto), médio (completo ou incompleto) e superior (incompleto)	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas
Escolaridade do pai e da mãe (em anos)	Medida de cálculo: em anos categorizado em maior ou menor que 8	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar o nível socioeconômico
Escolaridade do pai e da mãe (em anos)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em menor que 8, entre 9–11, e maior que 11 anos	Questionário adaptado do SBBrazil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspecto sociodemográfico
Nível de escolaridade dos pais	Medida de cálculo: Percentual categorizado em analfabeto, ensino fundamental, ensino médio ou universitário	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspecto socioeconômico
Nível de escolaridade	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 0-3, 4-7 e 8 ou mais anos	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não apresenta
Grau de Escolaridade	Medida de cálculo: grau de escolaridade categorizado em nenhuma; Primário; Ginásio ou 1o grau; 2o grau completo; Curso superior; não sabe ler e escrever	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Escolaridade	Medida de cálculo: Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos de idade ou mais	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Escolaridade (em anos)	Medida de cálculo: Percentual	Aplicação da Versão adaptada do instrumento usado no SBBrazil em 2004.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	FATOR DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Fator de alocação de recursos	Medida de cálculo: não apresenta. Índice de necessidade em saúde (variáveis epidemiológicas e socioeconômicas) + Índice de porte econômico (ICMS per capita)	Recuperação de dados (Fundação João Pinheiro, 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Fundação João Pinheiro, 2004	Critérios de alocação de recursos financeiros destinados à saúde

INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	MERCADO DE TRABALHO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Situação no mercado de trabalho	Medida de cálculo: percentual segundo 1) Trabalho com proteção social (trabalho com carteira assinada ou apenas com contribuição para previdência social); 2) Trabalho sem proteção social (aquele sem carteira assinada e sem contribuição para previdência social); 3) Desemprego (à condição de indivíduos que não trabalhavam e procuraram por trabalho na semana de referência adotada pela PNAD)	Recuperação de dados (PNAD) r	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD) realizada pela Fundação IBGE	Não apresenta
Situação no mercado de trabalho dos pais	Medida de cálculo: Percentual de empregados e desempregados.	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Situação no mercado de trabalho dos pais	Medida de cálculo: Percentual segundo número de empregados e desempregados.	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	NATUREZA ADMINISTRATIVA DA ESCOLA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de escola ou Condição de estudo	Medida de cálculo: Percentual categorizado em estuda em escola privada, pública e não estuda	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em estuda em escola privada ou pública	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em escola privada, pública	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Média categorizado em Pública (estadual ou municipal) ou privada	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em pública ou privada	Questionário com perguntas fechadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em pública ou privada	Recuperação de dados (Levantamento das condições de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo, 1998	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em pública ou privada	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em Pública (municipal ou estadual) e particular	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em segundo tipo de escola (pública e privada)	Registro Institucional	FONTE PRIMÁRIA: documento institucional	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em segundo tipo de pré-escola (pública e privada)	Recuperação de dados (SBBrazil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBrazil 2002-3	Determinante individual
Condição estudo	Medida de cálculo: Percentual categorizado em escola pública ou privada, e não estuda	Recuperação de dados (SBBrazil 2002-3)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico SB Brazil 2002-2003	Avaliar a condição socioeconômica
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em escola pública ou privada	Questionário com dado socioeconômicos	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em escola pública ou privada	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Não apresenta
Tipo de administração escolar	Medida de cálculo: Percentual categorizado em Estadual ou particular	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em municipal ou estadual	Questionário com pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pai/responsáveis	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em Rural e urbana	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico em 1998	Não apresenta
Tipo de escola	Medida de cálculo: Percentual categorizado em Escola privada ou particular	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	NÍVEL ECONÔMICO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Posse de bens	Medida de cálculo: Percentual que possuem automóvel, televisão, casa própria	Questionário ao pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pai/responsáveis	Não apresenta
Possui automóvel	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas

INDICADORES SOCIOECONÔMICOS				
DIMENSÃO	NÍVEL SOCIAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Classe social	Classificação socioeconômica da família segundo metodologia proposta por Graciano (1980). A soma dos pontos determina pontuação individual e, posterior classificação em uma das seis classes. Fator 1: situação econômica da família (identificar o nível de renda familiar). Fator 2: Nº de membros da família (nº de membros da família que participam e/ou dependem da situação econômica). Fator 3: Declaração do chefe da família (avaliação do ensino fundamental para ampliar as possibilidades de mobilidade social). Fator 4: Habitação (identificar o estado de posse de sua vida). Fator 5: Ocupação do chefe da família (profissão, tempo, o nível cultural e sócioeconômico do chefe da família). Classificação socioeconômica: 0 a 5 pontos - classe baixa inferior, de 6 a 11 pontos - classe baixa superior, 12 a 20 pontos - Classe Média inferior, de 21 a 29 pontos - Classe média, 30 a 38 pontos - alta classe média e mais de 39 de alta classe.	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais ou responsáveis	Avaliar as condições socioeconômicas
Classe social	Medida de cálculo: não apresenta. Categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família - classe A, B, C, D e E - de acordo Sistema de Classificação Econômica do Brasil	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Informação do usuário com aplicação de questionário	Não apresenta
Classificação econômica da família	Medida de cálculo: Não apresenta a forma de classificação. Categoriza em Classe B, C, D, E	Entrevista com os pais com questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não apresenta
Classificação econômica da família	Não apresenta a forma de classificação. Fala em CLASSE B, C, D, E	Entrevista com os pais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não apresenta
Nível socioeconômico	Medida de cálculo: Não apresenta. Escala ABEP: critérios de classificação socioeconômica da população brasileira fundamentados no poder de consumo. Classificou em B, C, D.	Questionário fechado - adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Classe socioeconômica	Medida de cálculo: Não apresenta. Classifica as famílias segundo critério de classificação econômica Brasil (BECC) da Associação Nacional de empresas de pesquisa categoriza em: A, B, C, D, E	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Classe socioeconômica	Medida de cálculo: Não apresenta. Categoriza em Classe A, B, C, D, E	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Classe econômica	Questionário socioeconômico segundo os princípios enunciados por Graciano. Avalia-se a Classe econômica: A; B; C; D; E; F. Variáveis: 1) Situação econômica da família, 2) número de pessoas na família, 3) grau de instrução dos pais ou responsáveis, 4) Tipo de habitação e 5) profissão do responsável. Na questão 1: renda familiar Mensal dividida em segmentos de acordo com o salário mínimo (até 1 salário mínimo; entre 1 e 2 salários – mínimos; entre 2 e 3 salários – mínimos; entre 3 e 5 salários – mínimos; entre 3 e 7, 5 salários – mínimos; entre 7, 5 e 10 salários – mínimos e; acima de 10 salários – mínimos); questão 2: número de pessoas residentes na mesma casa (até 2; até 3; até 4; até 5; até 6 e; acima de 6); questão 3: grau de instrução do pai/mãe ou responsável: esse item variou de não alfabetizado a superior completo; questão 4: Tipo de moradia (alugada; própria – quitada ou não; cedida); questão 5: ocupação do chefe da família. Para a classificação socioeconômica do núcleo familiar, os cinco fatores analisados receberam um sistema de pontuação das respostas cujo somatório possibilitou a determinação de um escore individual e consequentemente a hierarquização dos voluntários dentro de uma das seis classes sociais propostas. Objetivo do Fator 1: Identificar o Nível de renda familiar. Fator 2: Identificar as condições econômicas de vida, comparando o número de pessoas à renda familiar. Fator 3: Identificar o grau de instrução do meio em que a criança vive. Fator 4: Identificar a Situação de posse da moradia da família. Fator 5: Identificar através da profissão e, em um mesmo tempo, o nível social, cultural e econômico do chefe da família.	Questionário socioeconômico com os pais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Objetivo de se obter a Classe socioeconômica de cada criança (alta, média superior, média, média inferior, baixa e baixa inferior),
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	OCUPAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Ocupação do pai ou responsável	Medida de cálculo: Percentual	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Registro do Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não apresenta
Ocupação do pai e da mãe	Medida de cálculo: não apresenta. Utilizou a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE e depois a metodologia indicada por Graziano-Silva, as ocupações dos pais foram dicotomizadas em ocupações rurais agrícolas e ocupações rurais não-agrícolas.	Entrevista com questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito com os pais	Não apresenta

INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	PRODUTO INTERNO BRUTO- PIB			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Produto Interno Bruto per capita (PIB)	Medida de cálculo: não apresenta. Categoria: acima ou abaixo da média	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Ocupação	Medida de cálculo: Percentual categorizado em não qualificado, intermediário e hábil	Questionário adaptado do SBBrazil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspecto sociodemográfico
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	RENDA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de pobres	Medida de cálculo: Percentual	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Chefes de família que recebem até três salários mínimos	Medida de cálculo: Em tercil	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não apresenta
Índice de Theil	Medida de cálculo: não apresenta. Varia entre 0 e 1 e quanto maior o seu valor, maior é a desigualdade/concentração da renda	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Indicador de desigualdade na renda
Índice de Theil	Medida de cálculo: não apresenta. Indicador da desigualdade na distribuição de renda, descrito por Theil em 1971	Não menciona	Não apresenta	Desigualdade social.
Índice de Theil	Medida de cálculo: não apresenta. Grau de desigualdade na distribuição de renda. Escala de 0 a ∞	Recuperação de dados (PNUD, 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Dados do PNUD, 2000	Grau de desigualdade na distribuição de renda
Proporção de pobres	Medida de cálculo: Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Número de moradores na casa que trabalham	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 0-1, 2 ou mais pessoas	Questionário semi-estruturado	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito	Avaliar o nível socioeconômico
Razão de renda (10% mais ricos e 40% mais pobres)	Medida de cálculo: Percentual de pessoas conforme razão de renda	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Renda per capita (salário mínimo/dólar)	Medida de cálculo: Renda per capita – em Percentual do salário mínimo e os valores equivalentes em dólar.	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de características individuais (fatores socioeconômicos) na autopercepção da mastigação
Renda per capita (em salários mínimos)	A variável renda familiar foi transformada em renda per capita dividindo-a pelo número de moradores do domicílio. Na sequência, com base no salário mínimo vigente (200,00 Reais ou 86, 16 Dólares Americanos), foi dividida em duas categorias, utilizando como ponto de corte o valor de meio salário mínimo (Indicador de renda insuficiente).	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2004	Não apresenta
Renda per capita (em salários mínimos)	Medida de cálculo: em salários mínimos, apresentada Em tercil	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não apresenta
Renda (Em salários mínimos)	Medida de cálculo: em salários mínimos,	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda familiar (em salários mínimos)	Medida de cálculo: Renda familiar coletada em Reais e convertida em salários mínimos – SM (1 SM = R\$ 136,00 ou US\$ 73.50 – valor em dólares, segundo câmbio da época)	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda (Percentual em salários mínimos)	Medida de cálculo: Percentual: Até $\frac{1}{2}$ salário; $> \frac{1}{2}$ salário	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda familiar. (Percentual em salários mínimos)	Medida de cálculo: Percentual em salários mínimos. Medida em termos de salário mínimo brasileiro,	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda mensal (em salários mínimos)	Medida de cálculo: Medido em termos de unidades salários mínimos e dicotomizado usando a média como ponto de corte	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda familiar mensal (em salários mínimos)	Medida de cálculo: em salários-mínimos.	Entrevista com questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Renda familiar (em salários mínimos)	Medida de cálculo: em salários mínimos	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não apresenta
Renda familiar (em salário mínimo)	Medida de cálculo: em salários mínimos categorizado em menor ou maior que 1 SM	Questionário	FONTE PRIMARIA: Informação do usuário com o questionário	
Renda familiar (em salários mínimos)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em 0 a 1; 1 a 3; 3 a 5 ou mais que 5	Questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Avaliar as condições socioeconômicas
Renda familiar mensal (em salários mínimos)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em menor ou igual a 5; maior que 5 salários mínimos	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Avaliar o nível socioeconômico
Renda familiar mensal (em salários mínimos)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em menos que 1, 1 a 1, 9, 2 a 2, 9 ou mais que 3 salários mínimos	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Aspecto socioeconômico
Renda familiar mensal (em salários mínimos per capita)	Medida de cálculo: em salários mínimos per capita	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Índice de desenvolvimento socioeconômico
Renda	Medida de cálculo: Baseado em salários mínimos	Questionário na Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	Não apresenta
Renda média	Medida de cálculo: baseado em salários mínimos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Fator de risco para doença periodontal
Renda	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Renda	Medida de cálculo: calculado em reais categorizado em até R\$ 500,00; R\$ 501,00-R\$ 1.000,00; R\$ 1.001,00-R\$ 1.500,00; R\$ 1.501,00-R\$ 2.000,00; R\$ 2.001,00-R\$ 3.000,00; R\$ 3.001,00-R\$ 4.000,00; mais de R\$ 4.000,00 (Referência)	Recuperação de dados (Estudo Pró-Saúde),	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos Censos saúde (Estudo Pró-Saúde),	Não apresenta
Renda domiciliar per capita	Medida de cálculo: Estratificada segundo Informação do paciente: até R\$400,00; R\$401,00 - R\$600,00 e R\$601,00 e mais	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal
Renda familiar per capita agrupada em quintis	Medida de cálculo: não apresenta. Categorizado em primeiro (menor), segundo, terceiro, quarto, quinto (maior)	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD realizada pelo IBGE	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Renda per capita	Medida de cálculo: Razão entre o somatório da renda per capita de toda a população e o número total destes indivíduos	Recuperação de dados (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil	Não apresenta
Renda per capita (em Reais)	Medida de cálculo: em Reais. Calculada dividindo-se a renda familiar pelo número de habitantes do domicílio e categorizada segundo os quartis: ≤ R\$ 40,00; R\$ 41,00-80,00; R\$81,00-150,00 e; > R\$ 150,00.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não apresenta
Renda per capita (em Reais)	Medida de cálculo: em Reais. Categorizada em ≥ R\$ 201,00; Entre R\$ 117,00 e R\$ 200,00; Entre R\$ 0,00 e R\$ 116,00	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2004	Disponibilidade de recurso
Renda per capita	Não apresenta	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Renda per capita familiar (em Reais)	Medida de cálculo: Obtida pela soma de rendimentos de todos os moradores do domicílio, calculada em reais, dividindo-se pelo numero total dos moradores e categorizada segundo sua distribuição em quartis: 40 reais, 41 a 80 reais, 81 a 150reais e > 150 reais	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2004	Não apresenta
Renda familiar per capita (mensal)	Medida de cálculo: Renda per capita familiar igual ou inferior um quarto de salário mínimo	Questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda domiciliar per capita	Medida de cálculo: em Reais categorizado em R\$ 3.33 to R\$ 1, 166.67 (média = R\$ 133.33; média = R\$ 179.21 ± 18.60).	Questionário	FONTE PRIMARIA: Informação do usuário com o questionário	Não apresenta
Renda per capita	Medida de cálculo: em reais categorizado em até R\$120,00/mês ou de \$121,00 a \$380,00/mês	Recuperação de dados (OMS para o ano 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da OMS para o ano 2000	Não apresenta
Renda per capita	Medida de cálculo: número de salários categorizado em 0 a 1 salário; 1 a 3 salários; 3 e mais salários	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Renda per capita em dólares americanos em 2000	Medida de cálculo: em dólares	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
Renda familiar	Dois indicadores de renda: 1) renda familiar ao nascimento e 2) trajetória de renda familiar. O cálculo foi baseado de acordo como o nº de salários mínimos mensais e categorizadas em tertiles	Recuperação de dados (estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de Saúde Oral em 1997 e 2006	Não apresenta
Renda média do chefe do domicílio (R\$)	Medida de cálculo: Renda média mensal do responsável pelo domicílio	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados IBGE	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Renda familiar ao nascimento em quartis	Medida de cálculo: Quartis de renda familiar no nascimento	Recuperação de dados (Estudo de saúde bucal em 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Não apresenta
Renda familiar	Medida de cálculo: Renda em reais do chefe da família no último mês dicotomizados a partir da mediana, formando as categorias: “desfavorável” (< R\$ 500,00) e “favorável” (≥ R\$ 500,00)	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Renda familiar	Medida de cálculo: em salários mínimos categorizado em acima de 3 salários mínimos, até 3 salários mínimos	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Renda familiar (US\$)	Medida de cálculo: Média	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Perfil econômico familiar. (Indicador contextual)
Renda familiar	Medida de cálculo: Em salários mínimos: até 5 salários mínimos, mais de 5 salários mínimos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Renda familiar (em Reais)	Medida de cálculo: Em reais	Questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta
Rendimento mensal familiar (%) per capita em salário mínimo	Medida de cálculo: Per capita, em salário-mínimo (SM). Concentrações de renda mais favoráveis (mais de 5 salários mínimos por pessoa)	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Renda média familiar (RMF) per capita (em salários mínimos)	Medida de cálculo: RMF per capita foi calculada em salários mínimos (padrão nacional para a medida de renda)	Recuperação de dados (Censo 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo 1991	Indicador de grau de desenvolvimento social dos municípios.
Renda familiar (em Reais)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em maior ou menor que R\$ 1000.00	Instrumento estruturado na Versão adaptado SBBrazil 2004	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Renda familiar (em Reais)	Medida de cálculo: Percentual categorizado em maior ou menor que R\$ 1000.00	Questionário adaptado do SBBrazil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspecto sociodemográfico
Proporção de responsáveis por domicílio com renda insuficiente	Medida de cálculo: Renda abaixo de dois salários mínimos ou sem renda	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Renda insuficiente	Medida de cálculo: Porcentagem de população vivendo com renda média familiar per capita inferior a meio salário mínimo	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Desigualdade social.
Renda insuficiente	Medida de cálculo: Proporção de habitantes do município recebendo RMF per capita inferior a 0,5 salário mínimo.	Recuperação de dados (Censo 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo 1991	Indicador que mede o grau de desenvolvimento social dos municípios.

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Proporção dos indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50% do salário mínimo	Medida de cálculo: Proporção dos indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50 % do salário mínimo	Recuperação de dados (Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano	Caracterizam a condição socioeconômica da população,
Renda insuficiente	Medida de cálculo: Proporção da população com renda domiciliar per capita inferior a metade do salário mínimo	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Índice de desenvolvimento socioeconômico
Renda familiar média "per capita"	Medida de cálculo: Razão entre número de salários mínimos e número de integrantes da família	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Desigualdade social.
Renda familiar média per capita	Medida de cálculo: razão entre o somatório da renda familiar per capita de todos os indivíduos e o total desses indivíduos; os valores da renda familiar per capita estão expressos em salários mínimos	Recuperação de dados (Pesquisa Municipal Unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa municipal unificada, do Atlas do Desenvolvimento Humano	Caracterizam a condição socioeconômica da população,
Razão de renda (10 percentual mais ricos e 40 percentua mais pobres)	Medida de cálculo: Percentual	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Auto-percepção de renda suficiente para as despesas básicas	Medida de cálculo: Percentual Auto-percepção de renda suficiente para as despesas básicas categorizado em sim ou não	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	SANEAMENTO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
População com acesso à rede de água	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não apresenta
Abastecimento de água (sim ou não)	Medida de cálculo: Percentual com água da rede presente ou não	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Percentual da população com acesso à rede de água	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE, 2000	Indicador de condição de saneamento

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
População com acesso à rede de esgoto	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados IBGE	Não apresenta
Percentual da população com acesso à rede de esgoto	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE, 2000	Indicador de condição de saneamento
Domicílios com abastecimento de água	Medida de cálculo: Percentual categorizado em presença ou não	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo demográfico da unidade federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não apresenta
Proporção de domicílios ligados à rede de água	Medida de cálculo: Proporção de domicílios ligados à rede de água	Registro Institucional (relatório do serviço de saúde)	FONTE PRIMÁRIA: Informações fornecidas pelo serviço de saúde	Determinantes contextuais
Percentual de domicílios com água encanada	Medida de cálculo: Percentual	Questionário adaptado de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica para avaliação de desempenho de saúde,	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB)	Não apresenta
Proporção de domicílios ligados à rede de águas	Medida de cálculo: Percentual	Registro Institucional (SES do PARANÁ) e Recuperação de dados (DATASUS e IBGE)	FONTE PRIMÁRIA: Registo da SES do Paraná FONTE SECUNDÁRIA: Bancos de dados do IBGE ou DATASUS	Desigualdade social.
Percentual de domicílios com acesso à rede de água	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE, 2000	Indicador de condição de saneamento
Domicílios com saneamento público	Condições simultâneas de abastecimento de água e esgotamento sanitário por rede geral, e lixo coletado diariamente.	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD (IBGE)	Cobertura de domicílios com acesso a tratamento sanitários adequados.
Percentual de indivíduos com rede de água encanada	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais
Percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE, 2000	Indicador de condição de saneamento
Percentual de domicílios com água tratada	Proporção de domicílios com ligação ao sistema de abastecimento de água	Não apresenta	Não apresenta	Determinantes contextuais

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais
Percentual de Indivíduos com cobertura de Coleta de lixo (%)	Medida de cálculo: Percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Aspectos contextuais
Percentual de água encanada	Medida de cálculo: Porcentagem das pessoas que viviam em domicílios com água encanada em 2000.	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	SISTEMA DE SAÚDE			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sistema de atenção à saúde	Medida de cálculo: não apresenta. Categorizado em Plano de saúde/Particular e Público/Filantropico	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de fatores externos na autopercepção da mastigação
Plano odontológico	Medida de cálculo: Percentual categorizado em sim ou não	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Registro do Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana	Não apresenta
Situação de trabalho	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos segundo Situação de trabalho categorizado em Trabalho Setor formal, Setor informal, do lar, Sem trabalho	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Informação do usuário com entrevista no domicílio	Não apresenta
Trabalho remunerado	Medida de cálculo: não apresenta. Categorizado em aposentado e trabalho remunerado	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	SITUAÇÃO ESCOLAR			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Proporção de crianças (de 7 a 14 anos) que não frequentavam escola	Medida de cálculo: Percentual de crianças (7 a 14 anos) sem escola	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Bancos de dados do IBGE	Desigualdade social.
Percentual de estudantes	Medida de cálculo: Percentual de indivíduos que estuda	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Situação escolar	Medida de cálculo: Percentual categorizado em ser ou não estudante	Não apresenta	Não apresenta	Fatores individuais
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	TIPO DE MORADIA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Tipo de moradia	Medida de cálculo: Percentual de casas por tipo categorizado em alvenaria, outros	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito no domicílio	Não apresenta
Tipo de moradia	Medida de cálculo: Percentual categorizada em própria, alugada ou outro	Aplicação de questionário	FONTE PRIMÁRIA: Questionário	Avaliar as condições socioeconômicas
Tipo de moradia	Medida de cálculo: Percentual categorizada em própria, alugada	Aplicação da versão adaptada do instrumento SBBrazil 2004	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Moradia	Informação do próprio paciente. Percentual: própria, alugada ou cedida	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não apresenta
INDICADORES SOCIECONÔMICOS				
DIMENSÃO	TURNOS DE TRABALHO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Turno de trabalho	Medida de cálculo: Percentual categorizado em turno matutino, vespertino e noturno.	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Informação obtida com aplicação de um questionário estruturado	Não apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	ARRANJO FAMILIAR			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Arranjo familiar	Medida de cálculo: Percentual categorizado em vive sozinho sim ou não	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SABE)	Não Apresenta
Arranjo familiar	Medida de cálculo: Percentual categorizado em mora só; mora com alguém	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idoso ou cuidador	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	ESTADO MARITAL			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Estado marital	Medida de cálculo: Percentual categorizado em casado, não casado	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Estado civil	Medida de cálculo: Percentual	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Escolaridade (em anos)	Medida de cálculo: Percentual	Aplicação da Versão adaptada do instrumento estruturado do SBBrasil em 2004.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Estado marital	Medida de cálculo: Percentual categorizado em com e sem parceiro	Questionário adaptado do SBBrasil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Estado conjugal	Medida de cálculo: Percentual categorizado em casado/morando junto; viúvo; divorciado/separado; nunca casou	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idoso ou cuidador	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	ETNIA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Raça/Cor	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branca, preta, parda e outras	Recuperação de dados (pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica	Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal
Cor da pele autodeclarada	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branco, pardo, negra, amarelo e índio	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de características individuais (fatores demográficos) na autopercepção da mastigação
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual cor da pele foi categorizada em branca, parda e preta	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não Apresenta
Raça	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branca ou não branca	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Predisposição
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual categorizado em brancos; negros e pardos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo com adolescentes no domicílio	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual da cor da pele segundo as categorias do IBGE: amarelos, brancos, pretos, pardos e indígenas. No estudo excluiu os indivíduos das categorias “amarelos”, “indígenas” e aqueles sem cor de pele indicada. Pardos e pretos constituíram uma única categoria e brancos a outra.	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2002-2003	Não Apresenta
Etnia	Medida de cálculo: percentual. Classificação conforme traços étnicos mais predominantes. Estratificada em: brancos e não brancos (amarelos + pardos + negros). Para a variável etnia, utilizou-se o recomendado por Narvai & Castellanos e de acordo com a classificação proposta pelo IBGE: amarelo, branco, negro e pardo.	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolar	Não Apresenta
Raça	Avaliar a existência de iniquidades em saúde bucal brancas, pretas ou pardas. Classificação de Raça/Cor utilizou os dados de composição racial do IBGE, que classifica os grupos, conforme autodeclaração, como brancos, pardos, pretos, amarelos ou indígenas.	Recuperação de dados (SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquerito SBBRASIL 2002-2003	Não Apresenta
Grupo étnico	Medida de cálculo: Percentual categorizado em brancos e não brancos	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com próprio usuário	Não Apresenta
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual categorizado em brancos e não brancos	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual. Utilizada a autoclassificação, adotada pelo IBGE (branca, parda, preta, amarela e indígena). No estudo categorizou em branca, parda ou preta	Recuperação de dados (SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2002-2003	Não Apresenta
Cor da pele	Não apresenta	Formulário contendo questões sociodemográficas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com escolar	Não Apresenta
Cor da pele	Não apresenta	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com usuário	Não Apresenta
Raça	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branco e não branco	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual categorizado em negro ou não negro	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Não Apresenta
Cor	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branco, pardo, negro	Questionário fechado - adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o responsável	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Raça	Medida de cálculo: Percentual por raça categorizado em branca, preta, parda, amarela	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS/MSSUS	Não Apresenta
Grupo étnico	Medida de cálculo: Percentual categorizado em brancos (ascendência européia) e negros e pardos (ascendência africana)	Recuperação de dados (SBBrazil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico SB-Brasil 2003	Fatores individuais
Grupo étnico	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branco, negro ou pardo	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com usuário	Não Apresenta
Cor da pele	Medida de cálculo: Percentual categorizado em branca, parda, indígena	Questionário ao pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Questionário ao pai/responsáveis	Não Apresenta
Grupo étnico	Grupo étnico expresso pela cor da pele identificada pelo examinador.	Recuperação de dados (CENSO 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do CENSO 1991	Como variável indicativa de acesso e oportunidades a bens e serviços.
Grupo étnico	Medida de cálculo: percentual. Variável etnia, determinada com base em traços físicos, adotadas pelo IBGE utilizadas no censo de 1991 categorizado em amarelo, branco, negro e pardo.	Ficha clínica epidemiológica adaptada a partir do modelo preconizado pela OMS.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Grupo étnico	Medida de cálculo: percentual categorizado em branco, negro, pardo ou amarelo	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Tribo	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Raça	Medida de cálculo: percentual categorizado em: branca e não branca	Aplicação da Versão adaptada do instrumento estruturado do SBBrazil em 2004.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Raça	Medida de cálculo: percentual categorizado em branca e outros	Questionário semi-estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	GÊNERO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica	Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de características individuais (fatores demográficos) na autopercepção da mastigação
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com usuário c	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário na Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário aplicado na ILPI ou FOP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário na ILPI ou FOP	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com próprio usuário no domicílio	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio idoso	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevista no domicílio	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com usuário no domicílio	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Predisposição
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo com adolescentes no domicílio	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito na escola	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2002-2003	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito om o usuário	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário na escola	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Formulário com informações referentes à identificação do indivíduo e socioeconômico	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Formulário com informações dos idosos institucionalizados	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Fator de risco para doença periodontal
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com informação do escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pré-escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Formulário com informação do próprio usuário na aldeia	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Registro dos pacientes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo de 1998	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Formulário com informação do próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Formulário com informação do próprio usuário	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE.	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o pai ou responsável pela Criança	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (censo de saúde bucal realizados em 2004 na aldeia indígena no Estado de Mato Grosso)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do censo de saúde bucal realizados em 2004 na aldeia indígena no Estado de Mato Grosso	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico realizado em Monte Negro, Amazonas	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Registro com informação do próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2002- 2003	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Registro com informação do próprio usuário o domicílio	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário contendo questões sociodemográficas)	FONTE PRIMÁRIA: Registro com Informação do escolar	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Formulário de inquérito epidemiológico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito epidemiológico	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário fechado - adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o responsável	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS/MSSUS	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (SBBrazil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBrazil 2003	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso no domicílio	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro da instituição (prontuário clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Informação de prontuários clínicos de escolares	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevista com a versão brasileira do OHIP-14	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito aplicando-se a versão brasileira do OHIP-14	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso no domicílio	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário ao pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com pai/responsáveis	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Entrevista para o preenchimento do questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (CENSO 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do CENSO 1991	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário com características demográficas e bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro institucional (Registros clínicos)	FONTE PRIMÁRIA: registros clínicos	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Ficha apropriada)	FONTE PRIMÁRIA: Informação obtida do escolar	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (SIM e IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIM e IBGE	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Ficha clínica epidemiológica adaptada a partir do modelo da OMS)	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio usuário c	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Aplicação da Versão adaptada do instrumento estruturado do SBBRasil em 2004.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Registro Institucional (Formulário de Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o escolar com o formulário da Ficha de exame clínico	Não Apresenta
Gênero	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Formulário (Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais ou responsável com o formulário da Ficha de exame clínico	Não Apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário semi-estruturado	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito	Não apresenta
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário adaptado do SBBRasil 2003	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito	Aspecto sociodemográfico
Sexo	Medida de cálculo: percentual categorizado em masculino ou feminino	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idoso ou cuidador	Não apresenta
Gênero	Percentual: masculino; feminino	Registro Institucional (Formulário)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	IDADE /FAIXA ETÁRIA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 18-29 anos, 30-44 anos, 45-59 anos e 60+)	Recuperação de dados (pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica	Analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 35-39; 40-44	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de características individuais (fatores demográficos) na autopercepção da mastigação
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em adultos e idosos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual por Faixas etárias categorizada em 20-29,30-39, 40-49, 50-59	Recuperação de dados (Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Inquérito de saúde Municipal de Campinas (ISA-Camp), 2008	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 5, 12 e 15 anos	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal da Cidade de São Paulo, 2008-2009)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados obtidos do "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal da Cidade de São Paulo, 2008-2009".	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em 65-69; 70-74; 75-79; 80 ou mais	Questionário na Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	FONTE PRIMÁRIA: Pesquisa "Fragilidade em idosos brasileiros"; conhecida como REDE FIBRA	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em 12 a 19 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: Média de Idade dos adolescentes escolares de escola pública categorizada em 12 a 14 anos	Questionário aplicado na escola	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os escolares	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de escolar com 5 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em 15-24.25-34, 35-44, 45-54, 55-64	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD do IBGE	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 6 e 12 anos	Recuperação de dados (estudo de saúde bucal, 1999 e 2005)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo de saúde bucal em 1999 e 2005	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em 61 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 89 anos	Questionário aplicado na ILPI ou FOP	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário na ILPI ou FOP	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: Percentual categorizada em criança (menor de 12 anos), adolescente (13 a 19 anos), adulto (20 a 59 anos), idoso (acima de 60 anos)	Questionário-entrevista (aplicado no domicílio)	FONTE PRIMÁRIA: Informação do usuário como o questionário aplicado no domicílio	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: em anos	Registro Institucional (Prontuário)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário no domicílio com o prontuário	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual categorizada em 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 ou mais	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio idoso na entrevista	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 15, 16, 17, 18 e 19 anos	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 12 e 18 anos	Recuperação de dados (levantamento em saúde bucal no Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento em saúde bucal no Estado de São Paulo	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 15 a 19 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo com adolescentes no domicílio	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 35 a 44 anos	Recuperação de dados (SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Dados do inquérito SBBRASIL 2002-2003	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em até 29; 30-39; 40-49; 50-59; mais de 60	Recuperação de dados (Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Censo Demográfico da Unidade Federativa do Rio de Janeiro de 1991.	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto categorizada em 5 a 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Faixas etárias	Medida de cálculo: percentual categorizada em 60-69; 70-79; 80 e mais	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 5 anos	Recuperação de dados (PNUD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNUD	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 12 e 15 anos	Registro Institucional (Formulário do prontuário)	FONTE PRIMÁRIA: Prontuário com informações de identificação do indivíduo e socioeconômico	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizada em 12 a 15 anos	Registro Institucional (Ficha adaptada com base na ficha simplificada da OMS)	FONTE PRIMÁRIA: Registro em ficha adaptada com base na ficha simplificada da OMS	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12 e 15 anos	Recuperação de dados (estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados estudos de prevalência em Salvador, 2001 e 2004	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual categorizado em 65 a 74 anos, 75 anos ou mais	Registro Institucional (Formulário da ficha clínica)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idosos institucionalizados	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual categorizado em 35 a 44 anos, 65 a 74 anos	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual de idades categorizado em 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 35-44, 65-74	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com usuário ou responsável no próprio domicílio	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 13 - 20; 21 - 35; 36 - 45; 46 - 60; mais de 60	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Fator de risco para doença periodontal
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 12 ou 13 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 4 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os próprios escolares	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 18-24 anos, 25-29 anos, 30-34 anos, 35-58 anos)	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 6 a 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os próprios escolares	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 5, 6 e 7 a 12 anos	Registro Institucional (Formulário da ficha clínica)	FOTE PRIMÁRIA: Registro no formulário da ficha clínica de pré-escolares e escolares.	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 5 e 6 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o pré-escolar	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual por Faixa etária categorizado em de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com paciente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 12 anos	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, 1998	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de jovens de 18 anos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com jovem alistando de 18 anos	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12 e 15 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual categorizado em 0 a 4; 5 a 7; 8 a 10; 11 a 13	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário da aldeia indígena	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual por idade categorizado em 2 a 5; 6 a 11; 12 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39, 40 a 49 e 50 ou mais	Formulário (Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio usuário na aldeia	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 7 a 12 anos	Registro Institucional (Formulário da ficha de elaborada especialmente)	FONTE PRIMÁRIA: Informação no Formulário da ficha de elaborada especialmente do próprio escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 6 a 12 anos	Registro Institucional (Formulário da ficha de elaborada especialmente)	FONTE PRIMÁRIA: Informação no Formulário da ficha de elaborada especialmente	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual por Faixa etária categorizado em 65 a 74 anos	Recuperação de dados (pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da UNIVALE.	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual crianças de 12 anos	Entrevistas estruturadas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 11 a 14 anos	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 11 a 18 anos	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em crianças de 2 a 6 anos	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o pai ou responsável pela criança	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em escolares de 12 e 13 anos	Recuperação de dados (levantamento realizado em Florianópolis, 1971 e 1997)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento realizado em Florianópolis, 1971 e 1997	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12 e 13 anos	Recuperação de dados (Levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada de ensino)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada de ensino	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual	Recuperação de dados (censo de saúde bucal realizados em 2004 na aldeia indígena no Estado de Mato Grosso)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do censo de saúde bucal realizados em 2004 na aldeia indígena no Estado de Mato Grosso	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual categorizado em 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74	Registro Institucional (Formulário da ficha de elaborada especialmente)	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico realizado em Monte Negro, Amazonas	Não Apresenta
Faixas etárias (em anos)	Medida de cálculo: percentual por idade categorizado em 18–36 meses e 5, 12, 15, é e 65–74 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os próprios usuários ou responsáveis	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 12 anos	Registro Institucional (Formulário da ficha de elaborada especialmente)	FONTE PRIMÁRIA: Informação do próprio escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de crianças de 5 anos	Entrevista com a mãe	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com a mãe	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 17 a 19 anos	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Baco de dados do inquérito SBBRASIL 2002- 2003	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 15 a 19 anos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 62 a 93 anos	Registro Institucional (Formulário da ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário no domicílio	Não Apresenta
Idade dos pais	Medida de cálculo: percentual categorizado em menos que 25 anos ou mais que 26 anos	Entrevista com os pais utilizando um questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 35 a 44 anos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 15 a 19 anos	Formulário contendo questões sociodemográficas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 65 a 74 anos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Grupo etário	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 35-44 anos	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 60 a 4, 65 a 69. 70 74, 75 a 79, 80 anos ou mais	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 15 a 17 anos	Entrevista	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 5 a 7 anos	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos)	Formulário de inquérito epidemiológico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito epidemiológico	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 6 a 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 7 a 9 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12, 13, 14, e 15	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 3 anos	Questionário fechado - adaptado do modelo de Ribeiro e colaboradores	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o responsável	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12, 15-19; 35-44 anos	Recuperação de dados	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da pesquisa	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em 15 e 19 anos; (adolescentes), 35 a 44 anos (adultos) e 65 a 74 anos (idosos)	Recuperação de dados (SIH do SUS no DATASUS/MS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIH do DATASUS/MSSUS	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em adolescentes de 15 a 19	Recuperação de dados (SB-Brasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do levantamento epidemiológico SB-Brasil 2003	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 7 a 15 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 60 e 74 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso no domicílio	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário escolares: 12 anos	Registro Institucional (Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana)	FONTE PRIMÁRIA: Laboratório de Odontologia Preventiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário na Faixa etária de 05 e 06 anos	Registro da Institucional (prontuário clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Dados secundários foram obtidos a partir de prontuários clínicos de escolares	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em adultos (50 a 59 anos) e idosos (maiores de 60 anos)	Entrevista com a versão brasileira do OHIP-14	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito aplicando-se a versão brasileira do OHIP-14	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário 12 anos	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário 60 anos	Questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito com usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 10 a 72 meses	Não apresenta	FONTE PRIMARIA: Inquérito com usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 5 a 14 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 60 anos ou mais	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso na ILPI	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 65 anos ou mais	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso na ILPI	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 18 anos ou mais	Questionário sócioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 7 a 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em 15-19, 35-44 e 65-74	Registro Institucional (Prontuário Clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Informação do usuário no Prontuário clínico	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em Faixa etária de 18 a 36 meses e 5 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o responsável do indígena	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em Faixa etária 2, 3, 4 e 5 anos	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 15-19 anos	Questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito com o usuário	Não apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário com 3 a 6 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário adultos	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMARIA: Inquérito	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário na Faixa etária 60-74	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio idoso no domicílio	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário pré-escolar com 4 - 6 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 12 anos	Questionário ao pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o pai/responsáveis	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 60 anos e mais	Questionário cotendo perguntas fechadas e abertas	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 4 a 6; 7 a 8; 9 a 10; 11 a 15	Entrevista para o preenchimento do questionário	FONTE PRIMARIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em faixas etárias de zero a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 a 39; 40 a 44 ; 45 a 49; 50 a 54 ; 55 a 59; 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 e mais	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário escolares de 4 a 18 anos	Questionário	FONTE PRIMÁIA: Inquérito com o escolar	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em ACS da faixa etária 20 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 anos ou mais	Questionário com características demográficas e bucais	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 5 a 14 anos	Recuperação de dados (Levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados dos levantamentos epidemiológicos 1998 e 2004	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 5 e 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em 60 a 69; 70 a 79 e 80 anos ou mais	Registro Institucional (Prontuário clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Registros clínicos	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 7 a 14 anos	Registro Institucional (Ficha apropriada)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o escolar com a ficha apropriada	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário escolares de 5 a 12 anos	Recuperação de dados (Levantamento das Condições de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo, 1998)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo, 1998)	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual por Faixa etária categorizado em 30-39; 40-49, 50-59, 60-69, 70-79; 80 anos ou mais	Recuperação de dados (SIM e IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIM e IBGE	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 6 e 17 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 6 e 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 7 a 12 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os usuários do Projeto Santo Amaro	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário estudantes de 10 a 18 anos	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio escolar	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual da População categorizado em 0-5, 6-12; 10-34; 35-44	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário ou responsável na zona rural	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual categorizado em 36 meses; 5 anos; 12 anos; 15-19 anos	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 12 e 15 anos	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Faixa etária	Medida de cálculo: percentual por Faixa etária categorizado em 30-39; 40-49, 50-59, 60-69, 70-79; 80 anos ou mais	Recuperação de dados (SIM e IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SIM e IBGE	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 3, 5 ou 5	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Idade	Idade	Recuperação de dados (Estudo Bem-estar e Envelhecimento – SABE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE)	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 15, 16, 17 e 18 anos	Aplicação da Versão adaptada do instrumento estruturado do SBBrasil em 2004.	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Aspectos sociodemográficos
Idade	Medida de cálculo: valor absoluto de usuário de 3, 4 ou 5 anos	Registro Institucional (Formulário da Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais ou responsável para preenchimento da Ficha de exame clínico	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12, 13, 14, 15	Registro Institucional (Formulário da Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o escolar para preenchimento da Ficha de exame clínico	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 20-34, 35-45 e 46 a 64 anos	Questionário adaptado do SBBrasil 2003	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o questionário adaptado do SBBrasil 2003	Aspecto sociodemográfico
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 60-69 70-79 80 e mais	Questionário Brazil Old Age Schedule - BOAS	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com idoso ou cuidador	Não Apresenta
Idade	Medida de cálculo: percentual categorizado em 12 e 13 anos	Registro Institucional (Formulário da Ficha de exame clínico)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Macrorregião	Categorizado em: Sul; Sudeste; Centro-oeste; Nordeste; Norte	Não apresenta	FONTE SECUNDÁRIA: Inquérito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de fatores externos na autopercepção da mastigação
Macrorregião	Categorizado em Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Localização geográfica	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana ou rural	Recuperação de dados (SBBrasil 2002-2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SBBRASIL 2002- 2003	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Área	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana; rural	Questionário socioeconômico	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Local de proveniência	Medida de cálculo: percentual categorizado em urbana ou rural	Registro Institucional (Ficha apropriada)	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Diferenciar o nível socioeconômico
Macro-região	Categorizado em: Macro-região: Sudeste, Sul, Nordeste,	Recuperação de dados (PNAD)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados da PNAD realizada pelo IBGE	Não Apresenta
Macro-região	Categorizado em: Macro-região: Sudeste, Sul, Nordeste,	Recuperação de dados (SBBrazil 2002-3)	FONTE SECUNDÁRIA: Base de dados do SBBrazil 2002-3	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DE ESCOLA			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Localização da pré-escola ou residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Localização áreas urbana e rural das cidades	Recuperação de dados (SBBrazil 2002-3)	FONTE SECUNDÁRIA: Base de dados do SBBrazil 2002-4	Determinante individual
Localização da escola	Medida de cálculo: percentual categorizado em Rural ou urbana	Questionário	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
Local da pré-escola	Medida de cálculo: percentual categorizado em localização central ou periférica	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Local da escola	Medida de cálculo: percentual categorizado em Rural ou urbana	Recuperação de dados (Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 1997-1999	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA POPULAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Local da residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana ou rural	Não apresenta	FONTE SECUNDÁRIA: Inquerito SBBRASIL 2003	Analisar a associação de fatores externos na autopercepção da mastigação
Local da residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana ou rural	Não apresenta	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o próprio usuário	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Local da residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana ou rural	Questionário aplicado no domicílio com adolescentes	FONTE PRIMÁRIA: Levantamento epidemiológico no Estado de São Paulo, com adolescentes no domicílio	Não Apresenta
Porcentagem da população residente na zona rural (POPRURAL).	Medida de cálculo: percentual da população rural	Recuperação de dados (Atlas de desenvolvimento humano no Brasil do ano 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil referente ao ano 2000	Não Apresenta
Localização da residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Zona urbana ou rural	Recuperação de dados (SBBrasil 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do SB-Brasil 2003	Fatores individuais
Moradia	Medida de cálculo: percentual por local de moradia categorizado em zona rural ou zona urbana	Questionário ao pai/responsáveis	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com o pai/responsáveis	Não Apresenta
Local da residência	Medida de cálculo: percentual categorizado em Urbana ou rural	Recuperação de dados (Inquérito SBBRASIL 2003)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do inquérito SBBRASIL 2003	Não Apresenta
Local de moradia	Não apresenta	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	POPULAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Porte populacional	Medida de cálculo: percentual categorizado em Porte populacional distribuídos em municípios com até 30 mil habitantes, entre 30-50 mil habitantes, entre 50-100 mil habitantes e municípios acima de 100 mil habitantes;	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Porte do município (por mil habitantes)	Medida de cálculo: percentual categorizado em até 5; 5.001-10; 10.001-50; 50.001-100; Mais de 100	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: IBGE	Não Apresenta
Porte populacional	Medida de cálculo: percentual categorizado em Porte grande, pequeno ou médio	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Porte populacional	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
Porte populacional	Não apresenta	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não Apresenta

INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Porte populacional	Medida de cálculo: percentual categorizado em Porte do município de até 10 mil habitantes, mais de 10 até 100 mil, e mais de 100 mil habitantes	Recuperação de dados (CENSO 1991)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do CENSO 1991	Não Apresenta
População do município	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
População municipal (habitantes)	Medida de cálculo: valor absoluto do número de habitantes	Recuperação de dados (DATASUS)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do DATASUS	Não Apresenta
População residente nos municípios	Não apresenta	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não Apresenta
Percentual de indivíduos com 60 anos ou mais	Medida de cálculo: percentual	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não Apresenta
Porte Populacional	Medida de cálculo: percentual	Recuperação de dados (IBGE, 2000)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do censo demográfico de 2000	Não Apresenta
Porte Populacional	Medida de cálculo: percentual categorizado em Porte populacional, distribuídos em municípios com até 30 mil habitantes, entre 30-50 mil habitantes, 50-100 mil habitantes e municípios maiores que 100 mil habitantes	Não apresenta	Não apresenta	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	PRESENÇA DE IRMÃOS			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Presença de irmãos	Medida de cálculo: percentual categorizado em sim ou não	Questionário estruturado	FONTE PRIMÁRIA: Inquérito com os pais	Não Apresenta
INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
DIMENSÃO	URBANIZAÇÃO			
INDICADORES	CÁLCULO	COLETA	FONTE	PROPÓSITO
Grau de urbanização	Não apresenta	Recuperação de dados (IBGE)	FONTE SECUNDÁRIA: Banco de dados do IBGE	Não Apresenta