



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Pedro Rodrigues Naschenweng

Análise das Iniquidades regionais nas tendências de perda dentária no Brasil a partir de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

Florianópolis 2023

Pedro Rodrigues Naschenweng

Pedro Rodrigues Naschenweng

Análise das Iniquidades regionais nas tendências de perda dentária no Brasil a partir de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de cirurgião dentista

Orientador: João Luiz Bastos

Coorientadora: Renata Goulart Castro

Florianópolis 2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Naschenweng, Pedro Rodrigues

Análise das Iniquidades regionais nas tendências de perda dentária no Brasil a partir de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. / Pedro Rodrigues Naschenweng ; orientador, João Luiz Dornelles Bastos, coorientadora, Renata Goulart ,2023.

30 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Perda de Dente. 3. Epidemiologia. 4. Desigualdades em Saúde. 5. Saúde Bucal. I. Bastos, João Luiz Dornelles. II. , Renata Goulart . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. IV. Título.

RESUMO

O estudo analisou a perda dentária, a produção de próteses dentárias e indicadores de ações de prevenção/promoção em saúde bucal com base em dados ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foram utilizados indicadores de produção ambulatorial no SUS de instalação de próteses, exodontias (extração de dentes), primeiras consultas odontológicas programáticas e ações coletivas de saúde bucal, no período de 2014 a 2021, segundo as macrorregiões do país. Os resultados mostraram que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maior taxa de extrações de dentes. No entanto, essas regiões tiveram baixa produção de próteses, indicando um desequilíbrio entre a quantidade de extrações e a reabilitação dentária oferecida no âmbito do SUS. Além disso, os indicadores de medidas preventivas também ficaram abaixo do esperado nessas duas regiões. Concluiu-se que as tendências de produção analisadas revelam desigualdades sociais e regionais marcantes, sendo a região Norte a que demanda priorização tanto em serviços preventivos quanto reabilitadores.

Descritores: Perda de Dente; Epidemiologia; Desigualdades em Saúde; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The study analyzed tooth loss based on outpatient data from the Brazilian Unified Health System (SUS), using indicators such as the installation of prostheses, extractions, first programmatic appointments, and collective dental health actions. The data covered the period from 2014 to 2021 and considered the macro regions of Brazil. The results showed that the North and Northeast regions had the highest number of tooth extractions. However, this did not reflect an increase in prosthetic production. On the contrary, the North region stood out for having the lowest number of prosthetic installations among all regions. The indicators for preventive measures were also below expectations for these two regions. It was concluded that tooth loss presents significant social and regional inequalities, with the North region deserving prioritization in terms of both preventive and rehabilitative services.

DESCRIPTORS: Tooth Loss; Epidemiology; Health Inequalities; Oral Health

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Taxa de instalação de próteses dentárias para cada 100000 habitantes no período entre 2014 – 2021. Código 0307040160.....	17
GRÁFICO 2 – Taxa de exodontias de dentes permanentes para cada 100000 habitantes no período entre 2014 – 2021. Código 0414020138.....	18
GRÁFICO 3 – Taxa de primeiras consultas odontológicas programáticas para cada 100000 habitantes no período entre 2014 – 2021. Código 0301010153.....	19
GRÁFICO 4 – Taxa de ações coletivas de escovação dental supervisionada para cada 100000 habitantes no período entre 2014 – 2021. Código 0101020031.....	20
GRÁFICO 5 – Taxa de investimento per capita do programa Brasil Sorridente 2023.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS- Sistema Único de Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

IBGE - O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 ARTIGO.....	11
3.1 RESUMO.....	12
3.2 INTRODUÇÃO.....	13
3.3 METODOLOGIA.....	15
3.4 RESULTADOS.....	16
3.5 DISCUSSÃO.....	23
3.6 REFERÊNCIAS.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
5 REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A - ATA DA DEFESA.....	29
ANEXO B - NORMAS DA REVISTA.....	30

1. INTRODUÇÃO

O edentulismo ou a perda total dos dentes naturais é um dos problemas mais relevantes dentre os agravos bucais. A elevada prevalência dessa condição entre os brasileiros representa um desafio significativo para a sociedade e o sistema de saúde. As perdas dentárias refletem injustiças sociais mais amplas, comprometendo desigual e injustamente a população com a redução da capacidade de mastigação, afetando a fala e implicando danos estéticos que podem impactar o convívio social nas diferentes dimensões, bem como a saúde mental. Todas essas consequências combinadas reduzem significativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas.

Diante deste desafio e em função da alta demanda por serviço reabilitador protético, o Ministério da Saúde do Brasil passou a financiar, desde 2004, o credenciamento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). O LRPD é um estabelecimento que oferece o serviço da fase laboratorial de confecção de próteses dentárias totais, parciais e fixas. Os LRPD trabalham articulados com as Unidades de Saúde da Família e/ou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) cujos tratamentos oferecidos são de maior complexidade e complementares ao trabalho realizado no nível da atenção básica.

Este estudo teve como finalidade analisar as tendências extrações dentárias no Sistema Único de Saúde (SUS) bem como dos indicadores que buscam atender à demanda gerada por essa condição de saúde, como a produção de próteses. Também foram analisados indicadores de ações preventivas em saúde bucal, como primeiras consultas programáticas e ações coletivas de escovação dental supervisionada, já que estes indicadores nos ajudam a monitorar e avaliar as ações dos serviços de saúde referentes à atenção básica. Além disso, buscou-se determinar se essas ações foram consistentes com o princípio de equidade pelas diferentes macrorregiões do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as tendências de produção de procedimentos relacionados diretamente com a perda dentária e aqueles que buscam preveni-la, no período entre 2014 - 2021 por macrorregiões com base em informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar as taxas de produção de exodontias, instalação de prótese, consultas odontológicas programáticas e ações coletivas de escovação supervisionada, no mesmo período. Confrontar as taxas levantadas com o princípio de equidade.

3. ARTIGO

Iniquidades regionais nas tendências de produção de próteses e extração dentária no Brasil

Descritores: Perda de Dente. Epidemiologia. Desigualdades em Saúde. Saúde Bucal.

Pedro Rodrigues Naschenweng¹

João Luiz Bastos²

Renata Goulart Castro¹

¹Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Faculdade de Ciências da Saúde, Simon Fraser University, Burnaby, Colúmbia Britânica, Canadá

3.1 RESUMO

OBJETIVO: Analisar as tendências de produção de próteses e extração dentária no Sistema Único de Saúde buscando identificar Iniquidades regionais em saúde bucal.

MÉTODOS: Os dados referem-se à produção ambulatorial do SUS no Brasil por local de atendimento, levando-se em consideração as estimativas populacionais do IBGE para cada macrorregião brasileira. Foram calculadas as taxas de instalação de próteses, exodontias, primeiras consultas programáticas na população e ações coletivas no período de 2014 a 2021.

RESULTADOS: As regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores taxas de exodontia e, ao mesmo tempo, menores taxas de instalação de próteses ao longo do período. As ações coletivas de caráter preventivo também se mostraram abaixo do esperado para essas duas regiões.

CONCLUSÕES: As exodontias e sua reabilitação protética são caracterizadas por iniquidades regionais importantes. Os resultados indicam a necessidade de priorização da região Norte do país na provisão de serviços reabilitadores e ações de prevenção de agravos bucais, aliadas às de promoção da saúde.

3.2 INTRODUÇÃO

A perda dentária é reconhecida como um dos principais problemas relacionados à saúde bucal, devido à sua alta incidência e aos efeitos negativos que provoca em termos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais. O efetivo enfrentamento desse problema passa por sua caracterização como um evento passível de prevenção, isto é, que resulta de fatores sobre os quais podemos e devemos atuar.

É possível dividir os fatores que levam à perda dentária em três grupos. Primeiro, o agravamento de doenças bucais, sendo a cárie e as doenças periodontais suas principais causas proximais na população adulta e idosa.¹ Segundo, o modelo de atenção à saúde bucal, que é frequentemente mutilador e comumente considera a extração dentária a única alternativa de tratamento disponível.² E, por fim, os fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais, incluindo renda, escolaridade, raça, gênero, idade, tabagismo, higiene bucal e padrão alimentar.³

Renda e escolaridade, por exemplo, são fatores associados às perdas dentárias em todas as faixas etárias, de modo que, quanto menor renda e escolaridade, maiores tendem a ser as perdas dentárias observadas⁴. Essas relações podem ser explicadas por fatores que afetam a população mais pobre e menos escolarizada, como menor cobertura por fluoretação das águas de abastecimento público e por ações de prevenção a agravos bucais, além de uma maior exposição a dietas com altos teores de açúcares.

Em conjunto, as causas mencionadas acima estão na base de uma distribuição desigual e injusta da perda dentária na população. Especificamente no Brasil, a perda dentária pode ser analisada a partir dos estudos nacionais de saúde bucal, conduzidos pelo Ministério da Saúde em 2003 e 2010. Tais pesquisas demonstraram uma diminuição na ocorrência da perda dentária entre adolescentes e adultos, bem como a estabilidade do edentulismo (i.e., perda dentária completa) entre idosos⁵.

Os dados dessas pesquisas também mostram que, no caso dos adolescentes, as iniquidades de gênero e renda na perda dentária aumentaram de 2003 para 2010. Padrão semelhante foi observado entre os adultos, indicando que a redução global das perdas dentárias tem sido acompanhada pelo aumento da desigualdade em sua distribuição, de acordo com os diferentes fatores sociais.⁵

As iniquidades nas perdas dentárias também apresentam uma dimensão territorial. De modo geral, os residentes das capitais e das áreas rurais das regiões Norte e Nordeste do Brasil têm uma frequência maior de perda dentária em comparação com aqueles que se encontram nas regiões Sul e Sudeste.¹ Em parte, essa distribuição injusta da perda dentária no território brasileiro reflete diferenças regionais na fluoretação de águas e na exposição aos dentifrícios fluoretados.^{5,6}

Buscando corrigir os problemas causados pela perda dentárias na população e a crescente demanda por serviços de reabilitação protética, o Ministério da Saúde implementou, a partir de 2004, o programa Brasil Sorridente, que incluiu o credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Esses estabelecimentos oferecem os serviços da fase laboratorial de confecção de próteses dentárias totais, parciais e fixas.⁷ Os LRPD trabalham articulados com as Unidades de Saúde da Família e/ou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O objetivo deste estudo foi analisar os indicadores de produção ambulatorial associados à perda dentária, como a extração de dentes permanentes, e avaliar as medidas destinadas a atender às necessidades decorrentes dessa condição de saúde, como a instalação de próteses. Também foram analisados indicadores de ações preventivas em saúde bucal, como primeiras consultas programáticas e ações coletivas de escovação dental supervisionada, já que estes indicadores nos ajudam a monitorar e avaliar as ações dos serviços de saúde referentes à atenção básica. Além disso, procurou-se verificar se essas iniciativas estavam alinhadas com o princípio de equidade nas diferentes macrorregiões do Brasil

3.3 MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa com base nos dados de produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil por local de atendimento para estimar as frequências de instalação de próteses dentárias, exodontias, primeiras consultas programáticas na população e ações coletivas de saúde dentária, segundo as macrorregiões do Brasil no período de 2014 a 2021. As estimativas populacionais de cada macrorregião, segundo ano de estudo, foram obtidas através do IBGE e serviram de base para o cálculo de taxas populacionais de todos os indicadores mencionados acima. Esse período de observação foi selecionado devido a disponibilidade de dados fornecidos segundo o código (0307040160) – Instalação de prótese dentária – que, antes de 2014, era parte do código (0307040038) Instalação e adaptação de prótese dentária, o qual não indicava precisamente o número de próteses produzidas no âmbito do SUS, já que esse não distinguia entre o número de instalações e adaptações.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e foram analisados no programa *Microsoft Excel*. As tendências nas taxas populacionais de todos os indicadores mencionados acima foram examinadas com gráficos de linha, utilizando a constante de 100.000 para a comparação direta entre as macrorregiões no período em questão.

3.4 RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra que a região Norte possui constantemente a menor taxa de instalação de próteses dentárias durante todo o período observado, flutuando ao redor de um valor médio de 50 próteses instaladas para cada 100.000 habitantes. As regiões Nordeste e Sul seguiram tendência diversa, com valores próximos de 150 próteses instaladas entre 2014 e 2019 e uma queda pontual para 100 no ano de 2020, seguida de crescimento nos anos posteriores. A região Centro-Oeste teve um crescimento do número de próteses instaladas entre 100 e 225 no período de 2014 a 2019, tendo seu pior resultado em 2020 com cerca de 100 próteses instaladas para cada 100.000 habitantes, mas retornado a 150 em 2021. Por outro lado, a região Sudeste se destaca das outras regiões, apresentando valores mais altos entre 2014 e 2017. O ano de destaque foi 2017, com aproximadamente 335 próteses instaladas para cada 100.000 habitantes. Nos anos seguintes, a mesma região seguiu a tendência das regiões Sul e Nordeste, com 120 próteses instaladas em 2021.

O Gráfico 2 demonstra um pico no número de extrações de dentes permanentes na região Norte no ano de 2015, chegando a cerca de 13.000 extrações para cada 100.000 habitantes. No entanto, a partir desse ano, a região experimentou um declínio constante nesse indicador, chegando a um patamar estável no final de 2021, tornando-se a região com o menor número de extrações, isto é, cerca de 400 para cada 100.000 habitantes. Por outro lado, a região Nordeste se destacou pelo alto número de extrações entre 2014 e 2017, atingindo cerca de 8.000 extrações em 2017. No entanto, nos anos seguintes, houve uma queda constante nesse indicador, chegando a cerca de 2.000 extrações a cada 100.000 habitantes em 2021. A região Sul também seguiu uma tendência semelhante à região Nordeste, alcançando seu pico em 2017, com cerca de 8.000 extrações, e diminuindo nos anos seguintes, chegando a 600 extrações em 2021. As regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentaram valores semelhantes nesse indicador, com aproximadamente 4.000 extrações no início do período analisado e uma média de 1.000 extrações de dentes permanentes para cada 100.000 habitantes em 2021.

O Gráfico 3 sugere um declínio constante ao passar dos anos, em todas as regiões do país, no indicador de primeiras consultas programáticas. O declínio se mostra mais intenso no período entre 2015 e 2019 para depois estabilizar. A região Norte apresenta os piores resultados em 2021, cerca de apenas 700 consultas programáticas para cada 100.000 habitantes.

O Gráfico 4 mostra uma redução notável na taxa de ações coletivas de escovação dental supervisionadas em todas as regiões. As regiões Norte e Nordeste tiveram o desempenho mais baixo ao longo do período estudado. A região Sul obteve os melhores resultados, mas também experimentou a maior queda. As regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram um padrão semelhante, atingindo o ponto mais alto em 2015 e o ponto mais baixo em 2021.

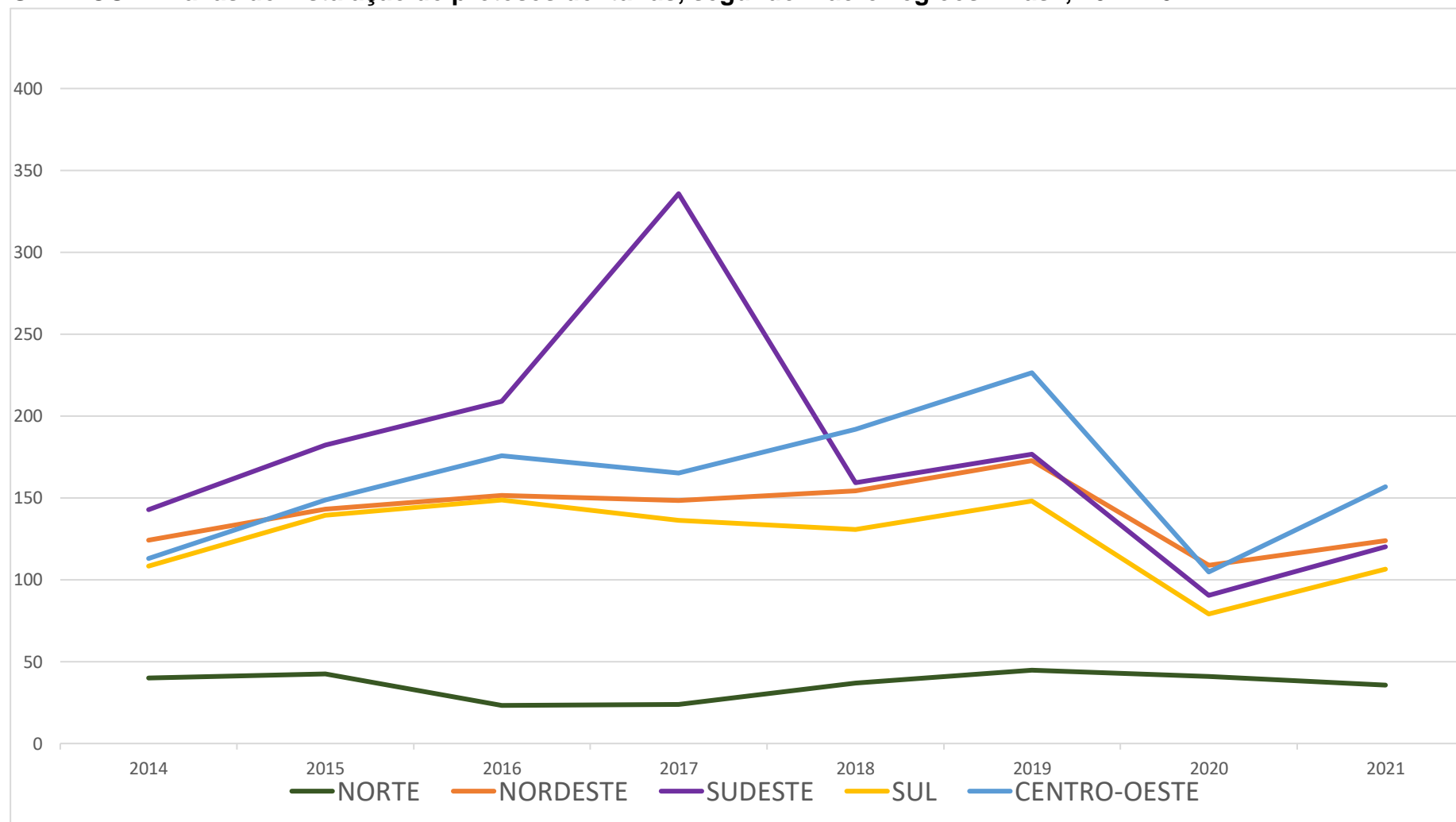
GRÁFICO 1: Taxas de instalação de próteses dentárias, segundo macrorregiões. Brasil, 2014-2021

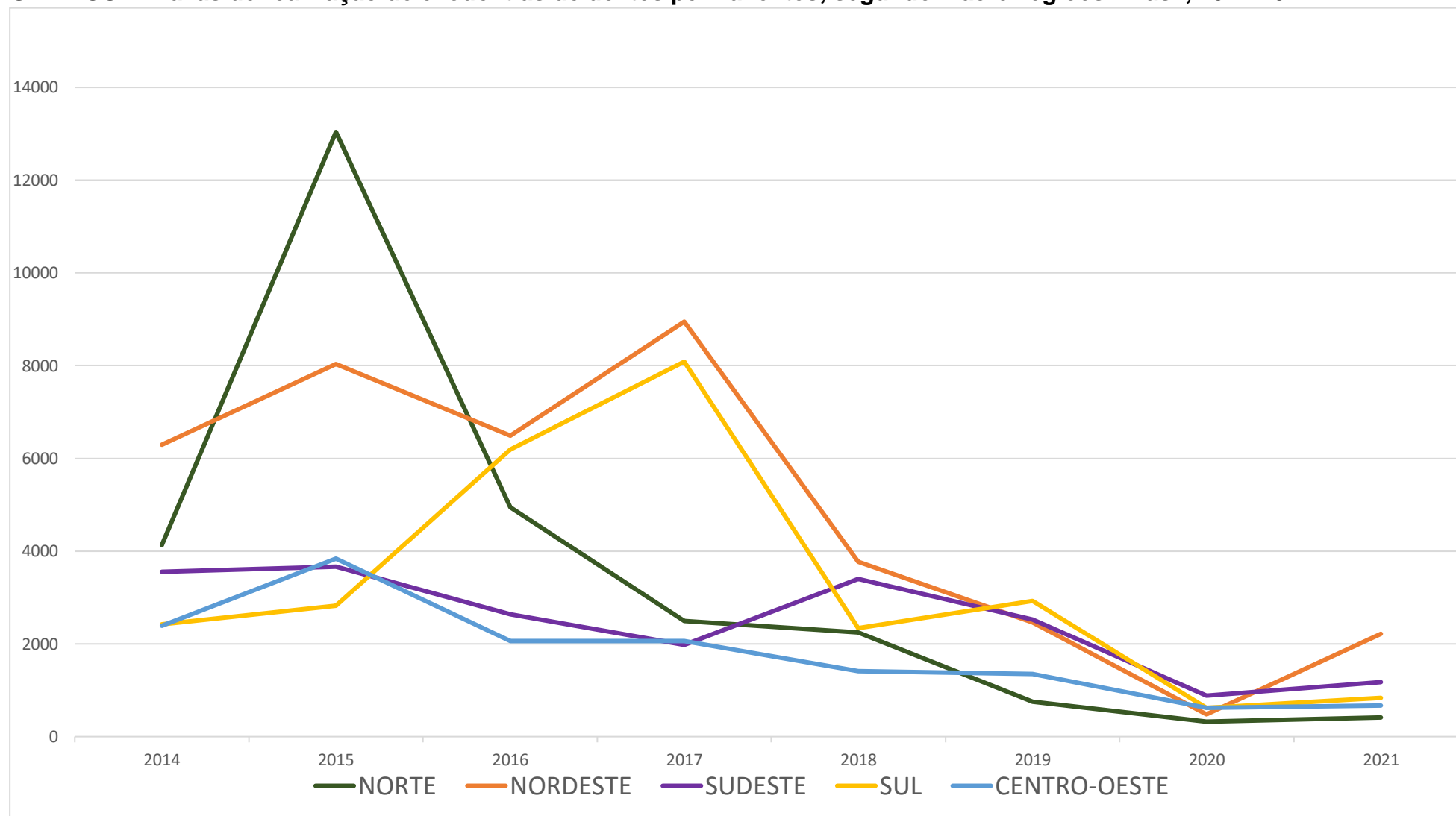
GRÁFICO 2: Taxas de realização de exodontias de dentes permanentes, segundo macrorregiões. Brasil, 2014-2021

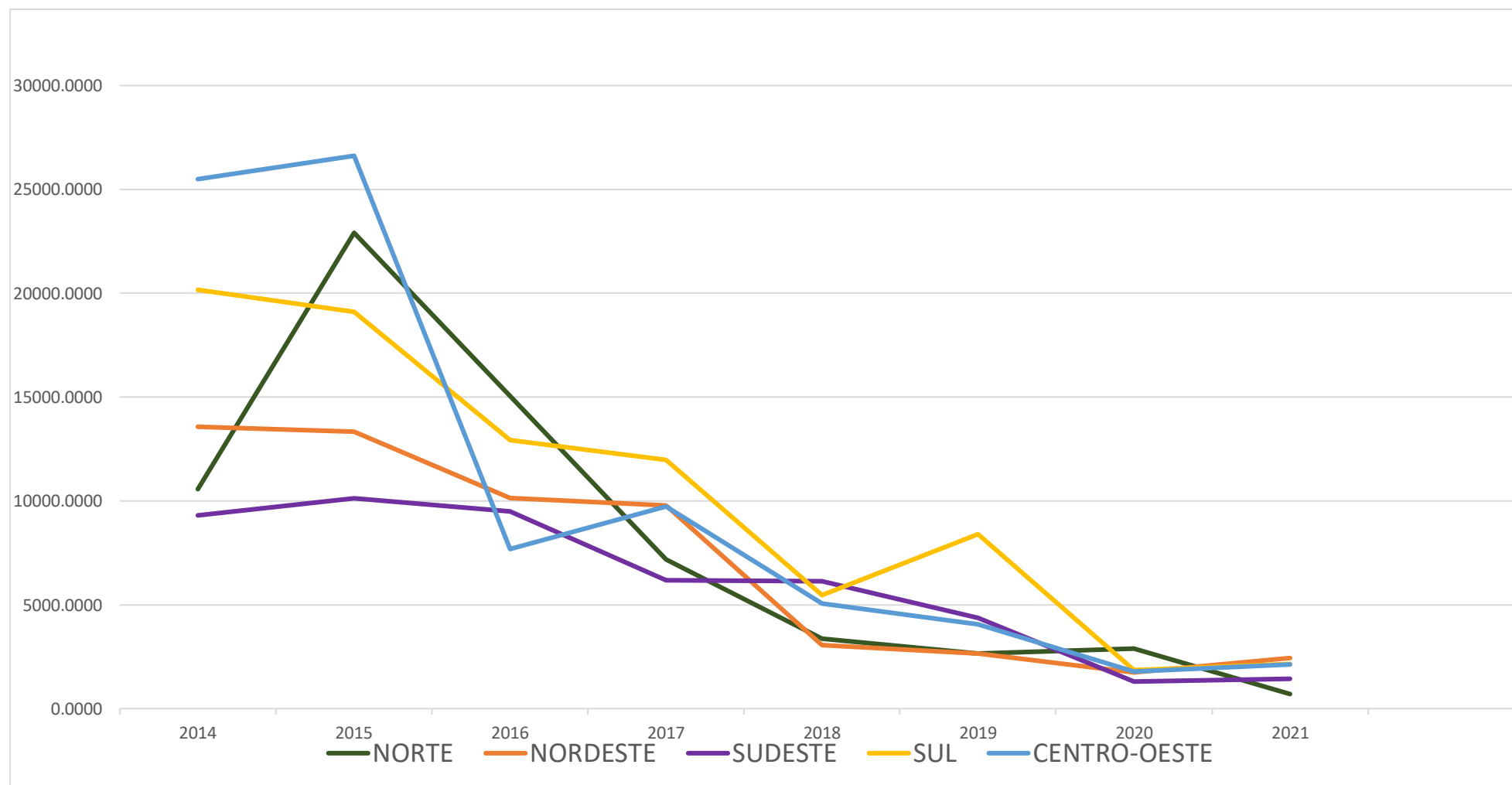
GRÁFICO 3: Taxas primeiras consultas programáticas, segundo macrorregiões. Brasil, 2014-2021

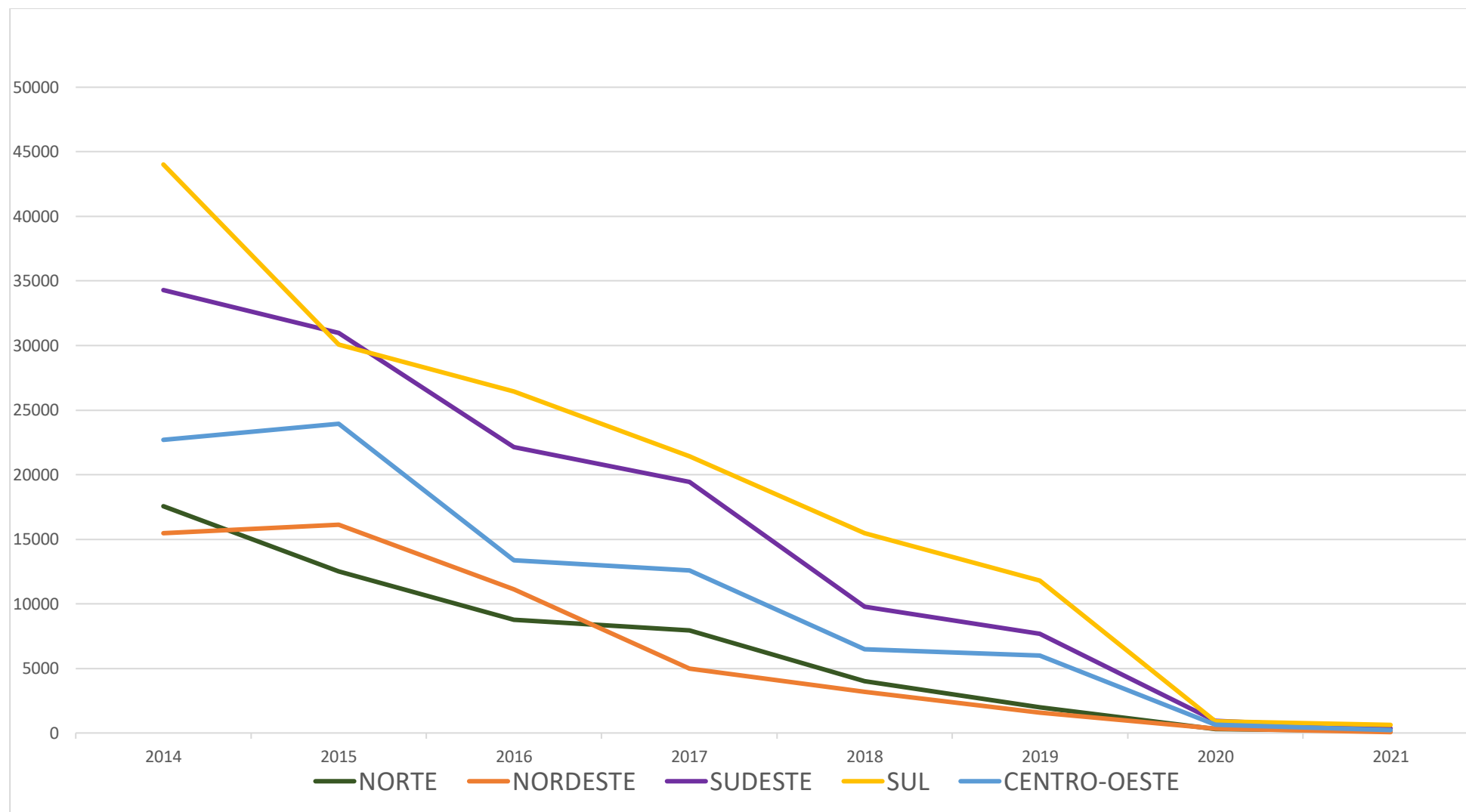
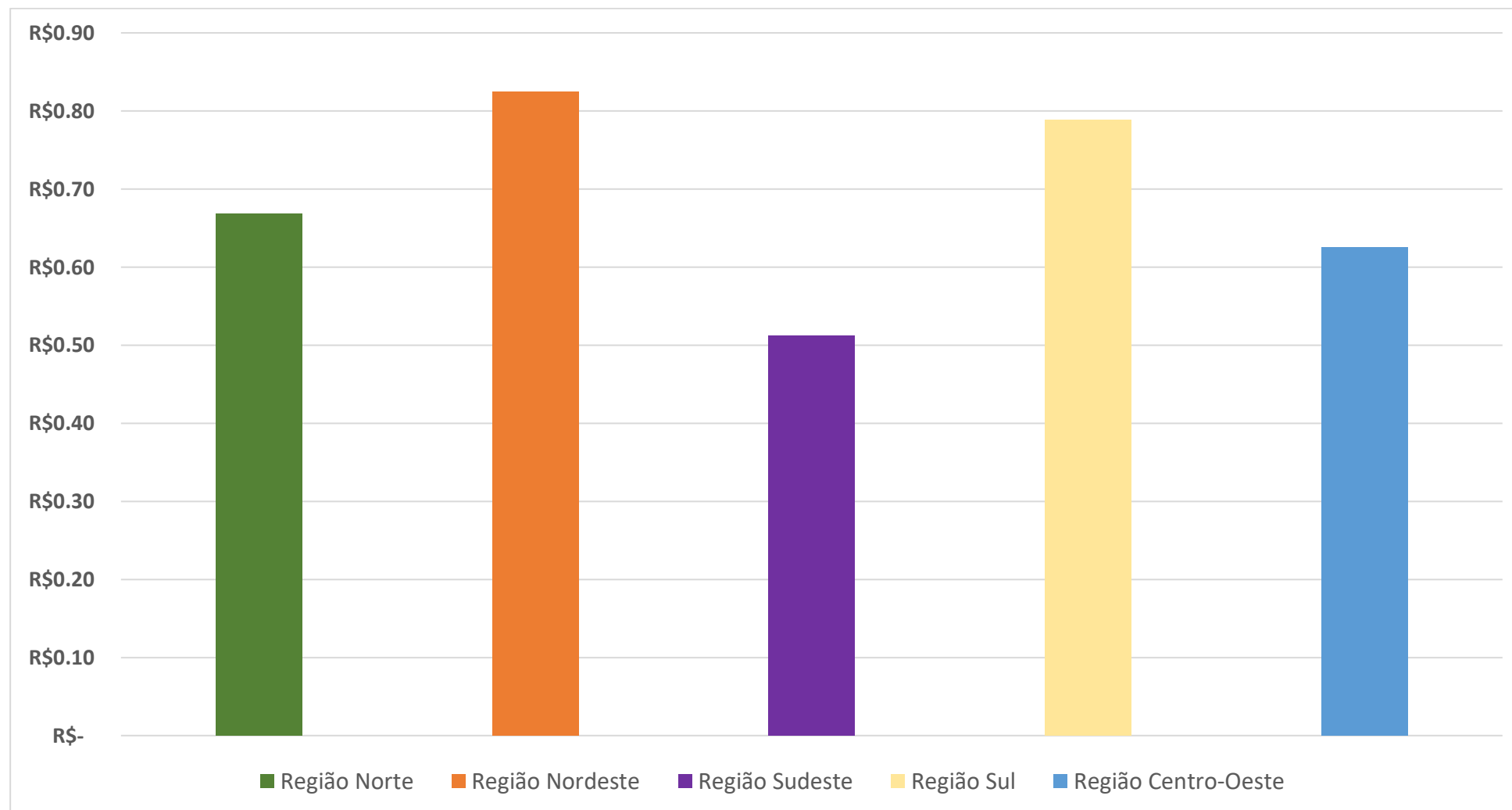
GRÁFICO 4: Taxas de ações coletivas de escovação dental supervisionada, segundo macrorregiões. Brasil, 2014-2021

Gráfico 5: investimento per capita por regiões - brasil sorridente 2023

3.5 DISCUSSÃO

Observando os achados, é possível concluir que a região Norte se destacou pelo número baixo de próteses instaladas, apesar de não ter uma taxa baixa de extrações dentárias. Pelo contrário, essa região se mostrou como uma das que mais extraiu dentes durante o período estudado. Além disso, as taxas de primeiras consultas programáticas e ações coletivas de saúde bucal, indicadores escolhidos para verificar a realização de procedimentos preventivos, também tiveram resultados ruins na região Norte, se comparada às demais regiões. Dessa maneira, podemos afirmar que há uma iniquidade importante na perda dentária e indicadores relacionados, quando se considera a dimensão territorial: Ao mesmo tempo que a região Norte conta com as taxas mais altas de extração dentária, apresenta valores baixos de reabilitação protética e de realização de ações coletivas de prevenção de agravos ou promoção da saúde bucal.

Esse resultado corrobora com o estudo de Peres et al.⁵ que identificou através da análise dos dados resultantes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 que há uma disparidade entre as regiões do Brasil em relação às perdas dentárias, com os residentes das capitais e interior das regiões Norte e Nordeste apresentando taxas mais elevadas do que aqueles das regiões Sul e Sudeste. Um fator que pode estar relacionado ao desempenho da região Norte é a acessibilidade. Em um estudo de caso realizado em um município no interior do Amazonas⁸, foi observado que existem duas formas de acesso aos serviços odontológicos pelas populações rurais. A primeira é por meio do deslocamento dos usuários por conta própria, o que acarreta ônus físico e financeiro. A segunda, é aguardando a visita de unidades móveis que prestam atendimento de forma irregular e com tempo limitado em cada localidade, o que dificulta a realização de ações preventivas e de promoção da saúde para os indivíduos atendidos na área rural.

Recentemente o governo aprovou uma ampliação do programa Brasil Sorridente⁵, em que a primeira medida adotada pelo Ministério da Saúde foi a ampliação do atendimento com o credenciamento de 3.685 novas equipes de

saúde bucal e 630 novos serviços e unidades de atendimento. O investimento nessas novas habilitações soma R \$136,87 milhões em 2023. Desse investimento, apenas cerca de R\$11 milhões serão destinados a região Norte, aproximadamente 8,71% do valor total, deixando-a em terceiro lugar quando calculado o investimento per capita de cada região. Apesar deste investimento ser uma medida bem-vinda, os resultados mostrados neste trabalho colocam em dúvida se será o suficiente para mitigar as injustiças regionais observadas no presente estudo.

Logo, se torna necessária a priorização da região Norte, de modo a suprir a demanda reabilitadora e preventiva, além de reverter as altas taxas de extração dentária. Esperamos que este estudo contribua para combater as iniquidades regionais nas condições de saúde bucal e nos serviços de saúde bucal oferecidos no Brasil.

3.6 REFERÊNCIAS

1. Leopoldo J, Aurélio M. Epidemiologia da saúde bucal. Rio De Janeiro (Rj): Guanabara Koogan; 2006.
2. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2006 Jun 1;19(6):385–93. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n6/385-393/>
3. Sanders AE, Lim S, Sohn W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *American Journal of Public Health*. 2008 Jun;98(6):1101–6.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss. *Journal of Dental Research*. 2014 Jun 19;93(7_suppl):20S28S.
5. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHS de M, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*. 2013 Dec;47(suppl 3):78–89.
6. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal* [Internet]. 1999 Jul;187(1):6–12. Available from: <https://www.nature.com/articles/4800191>
7. Laboratórios Regionais de Prótese Dentária [Internet]. Ministry of Health. 2021. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/media-complexidade/lrpd>
8. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Aug;25(8):1827–38.
9. Presidente Lula sanciona lei que garante saúde bucal a todos os brasileiros pelo SUS [Internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2023 [cited 2023 Jun 11]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/noticia/21277>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa revelam uma realidade preocupante no contexto da saúde bucal na região Norte do Brasil. A discrepância entre as altas taxas de extração dentária e os baixos números de reabilitação protética e ações coletivas de prevenção destaca uma iniquidade significativa. Este cenário, observado ao longo do período estudado, reforça a necessidade de ações urgentes e direcionadas para abordar os desafios específicos enfrentados por essa região.

Diante dessas constatações, torna-se imperativo priorizar a região Norte na alocação de recursos e implementação de estratégias específicas. A demanda reabilitadora e preventiva precisa ser atendida de maneira eficaz, buscando reverter as altas taxas de extração dentária e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde bucal. O recente investimento, embora bem-vindo, deve ser acompanhado de uma revisão constante das estratégias para garantir sua eficácia.

Este estudo, ao evidenciar as iniquidades regionais nas condições de saúde bucal, pretende contribuir para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e direcionadas. A busca por equidade deve ser um compromisso contínuo, e esperamos que os resultados aqui apresentados estimulem uma reflexão aprofundada e ações concretas em prol da melhoria das condições de saúde bucal em todo o Brasil.

5. REFERÊNCIAS

KASSEBAUM, N. J.; BERNABÉ, E.; DAHIYA, M.; et al. Global Burden of Severe Tooth Loss. *Journal of Dental Research*, v. 93, n. 7_suppl, p. 20S28S, 2014.

LEOPOLDO, J.; AURÉLIOM. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio De Janeiro (Rj): Guanabara Koogan, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/media-complexidade/lrpd>>.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 19, p. 385–393, 2006. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n6/385-393/>>.

PERES, M. A.; BARBATO, P. R.; REIS, S. C. G. B.; FREITAS, C. H. S. DE M.; ANTUNES, J. L. F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. suppl 3, p. 78–89, 2013. Acesso em: 28/6/2022.

SANDERS, A. E.; LIM, S.; SOHN, W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 6, p. 1101–1106, 2008.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Presidente Lula sanciona lei que garante saúde bucal a todos os brasileiros pelo SUS. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/21277>>.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; PONTES, D. G.; SALINO, A. V.; REBELO, M. A. B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1827–1838, 2009. Acesso em: 17/11/2022.

WATT, R.; SHEIHAM, A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal*, v. 187, n. 1, p. 6–12, 1999. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/4800191>>.

ANEXO A – ATA DA DEFESA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

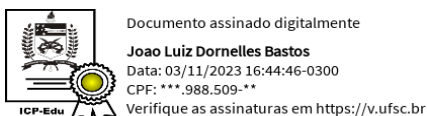
ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos terceiro dia do mês de novembro de 2023, às 14h00min, em sessão pública *online*, na presença da Banca Examinadora presidida pelo professor João Luiz Bastos e pelos examinadores:

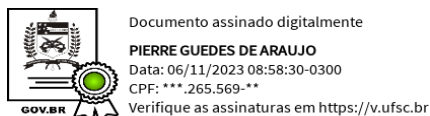
1 – Pierre Guedes de Araújo; e

2 – Andreia Morales Cascaes,

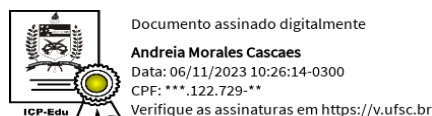
o aluno Pedro Rodrigues Naschenwneq apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado “Iniquidades nas tendências regionais de produção de próteses e extração dentária no Brasil” como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido TCC, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.



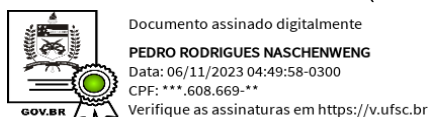
João Luiz Bastos (presidente da banca examinadora)



Pierre Guedes de Araújo (examinador 1)



Andreia Morales Cascaes (examinador 2)



Pedro Rodrigues Naschenweng (estudante)

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA – Revista de saúde pública (RSP)

INFORMAÇÕES GERAIS

São aceitos manuscritos nos idiomas: português e inglês. Artigos submetidos em português são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

Resolução de conflitos de interesse e violações éticas

Os editores tomarão as medidas necessárias para identificar e prevenir a publicação de artigos onde ocorra má conduta de pesquisa ou violações éticas, incluindo plágio, manipulação de citações e falsificação / fabricação de dados, ausência de autorizações pertinentes, discriminação, entre outros. As situações e alegações que chegarem ao conhecimento de editores e avaliadores serão levadas ao Comitê Editorial, que tomará as providências cabíveis, incluindo o encaminhamento a instâncias superiores da Universidade, se necessário.

Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos

dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de

parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi.