

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO ATENÇÃO BÁSICA:

144/2024 (06/09/2024- 31/12/2024)

O Instituto Rio Grandense de Desenvolvimento Social e integrado de Saldanha Marinho, assume o contrato de gestão da Atenção Básica do Município de Embu das Artes em 18/10/2023, sendo o número deste contrato junto a prefeitura 144/2024, com o objetivo de melhora no atendimento da população e melhora dos indicadores de qualidade junto ao ministério da Saúde.

Mesmo sendo um desafio a ser realizado, podemos observar abaixo que as metas estipuladas pela secretária de saúde em sua grade maioria foram alcançadas, e as que não tiveram alcance, o próprio ministério está realizando estudo para verificar realmente o que está ocorrendo junto à população.

Podemos observar que os indicadores de atividade coletiva, avaliação de elegibilidade e admissão e vacinação não foram atingidos na atenção básica, porém esta é uma problemática nacional e nós da IRDESI estamos trabalhando para que as metas pactuadas sejam alcançadas.

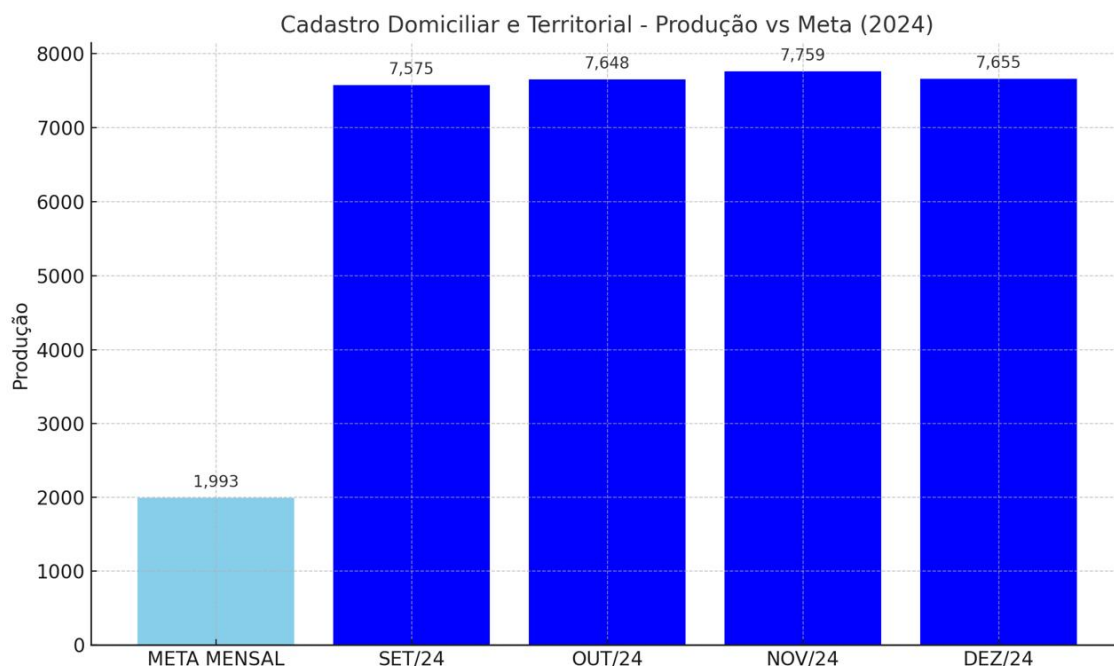
Todos os dados foram extraídos dos sistemas PEC- Saúde, sistema utilizado pelo município, como portuário eletrônico e sistema de informação.

(<https://embu-sp.esus.predsus.com/>)

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO ATENÇÃO BÁSICA					
	META MENSAL	06/09/2024 SET	out/24	nov/24	dez/24
Cadastro Domiciliar e territorial	1.993	7.574,58	7.648,25	7.759,41	7.654,66
Cadastro Individual	8.431	24.290,33	23.121	24.654	24.713,41
Atendimento Individual	30.176	90.972	104.594	87.429	59.231
Atendimento Odontológico Individual	1.861	7.789	8.450	5.591	4.202
Atividade Coletiva	373	742	770	558	462
Avaliação de Elegibilidade e Admissão	21	16	21	10	7
Marcadores de Consumo Alimentar	96	333	567	541	457
Procedimento Individualizado	43.251	118.429	136.201	11.094	78.198
Síndrome Neurológica por Zika/ Microcefalia	0	0	0	0	0
Vacinação	8.490	5.275	5.991	5.082	3.379
Visita Domiciliar e Territorial	33.091	30.086	31.782	23.951	20.409

Este relatório apresenta a análise da produção da Atenção Básica no período de 06 setembro de 2024 a 31 dezembro de 2024, comparando os dados mensais com a meta contratual estabelecida. Os gráficos a seguir ilustram o desempenho mensal de cada procedimento, permitindo visualizar eventuais discrepâncias em relação às metas. As justificativas estão baseadas em diretrizes do Ministério da Saúde.

Cadastro Domiciliar e territorial



Cadastro Domiciliar e territorial

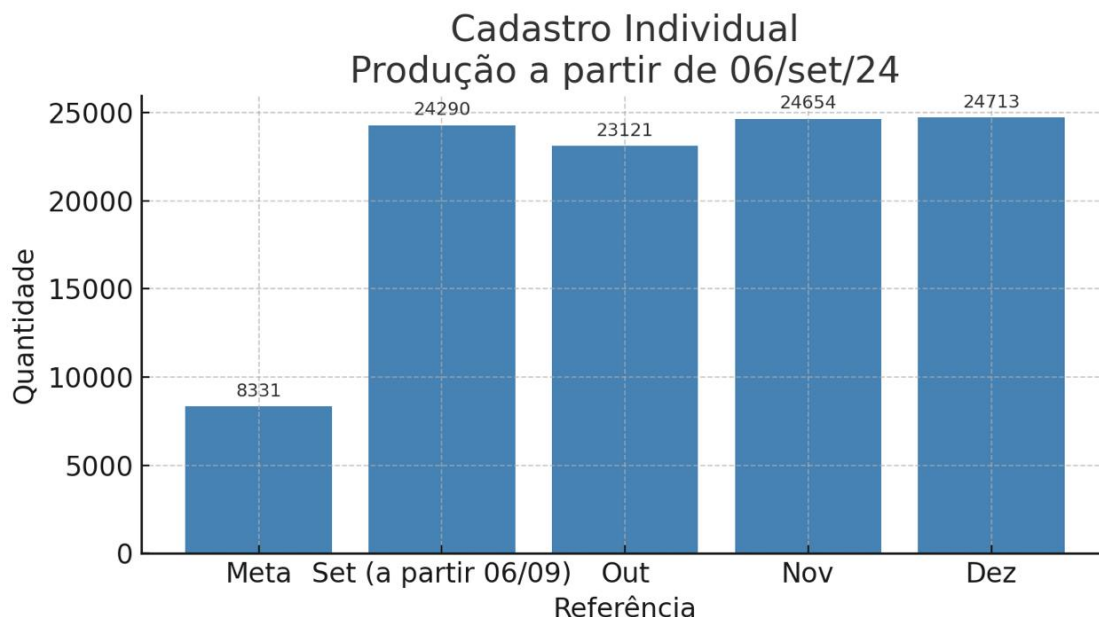
Justificativa: A visita domiciliar e territorial é uma estratégia essencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), prevista nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Seu objetivo é promover o cuidado integral, contínuo e humanizado, respeitando as singularidades dos indivíduos, famílias e comunidades no seu próprio contexto de vida.

A visita domiciliar consiste no atendimento realizado na residência do usuário, sendo indicada para situações específicas como restrição de mobilidade, acamamento, agravos crônicos, acompanhamento de puérperas, recém-nascidos, idosos, pessoas com deficiência e usuários em sofrimento psíquico. Essas ações permitem o fortalecimento do vínculo entre equipe e população, o monitoramento contínuo dos casos e a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Já a visita territorial tem como foco o reconhecimento e a análise do território adscrito pelas equipes de Saúde da Família. Inclui o mapeamento de áreas de risco, identificação de vulnerabilidades sociais, ambientais e epidemiológicas, além da vigilância ativa de casos e situações que demandam intervenção intersetorial. Esse tipo de visita subsidia o planejamento local e a construção de ações integradas de promoção da saúde.

Ambas as modalidades de visita são realizadas por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), e devem ser registradas adequadamente nos sistemas de informação da Atenção Primária. Elas são fundamentais para consolidar o cuidado em saúde centrado na pessoa, no território e na equidade. Referência: Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Cadastro Individual



O Cadastro Individual é um instrumento fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a principal ferramenta para a identificação, registro e acompanhamento dos indivíduos adscritos às equipes de Saúde da Família e Atenção Básica. Ele é parte integrante do processo de territorialização e mapeamento populacional, permitindo o planejamento adequado das ações de saúde e a qualificação do cuidado.

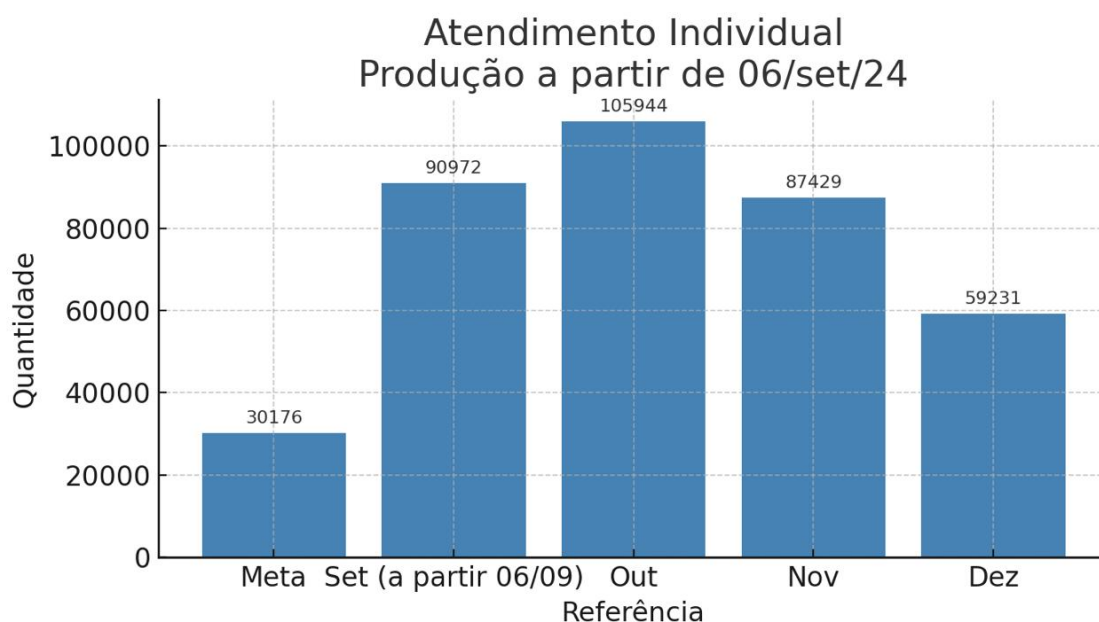
O cadastro é realizado por meio da coleta de informações pessoais, sociais, econômicas e de condições de saúde dos usuários, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais da equipe. Esses dados são registrados no e-SUS APS, alimentando a base nacional do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/e-SUS AB).

Entre os principais objetivos do Cadastro Individual estão:

- Identificar os determinantes sociais e condições de vida da população;
- Conhecer o perfil epidemiológico da comunidade;
- Facilitar a estratificação de risco e a organização das linhas de cuidado;
- Garantir a longitudinalidade e a integralidade da atenção à saúde;
- Subsidiar o financiamento baseado em capitação ponderada no Previner Brasil.

O Ministério da Saúde considera o Cadastro Individual como ação prioritária, sendo critério para repasse de recursos e avaliação do desempenho das equipes no modelo de financiamento atual. A manutenção atualizada desses cadastros é essencial para a efetividade das políticas públicas e para a garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Referência Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Primária: Manual do Cadastro Individual. Brasília: MS, 2021. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Previner Brasil).

Atendimento Individual

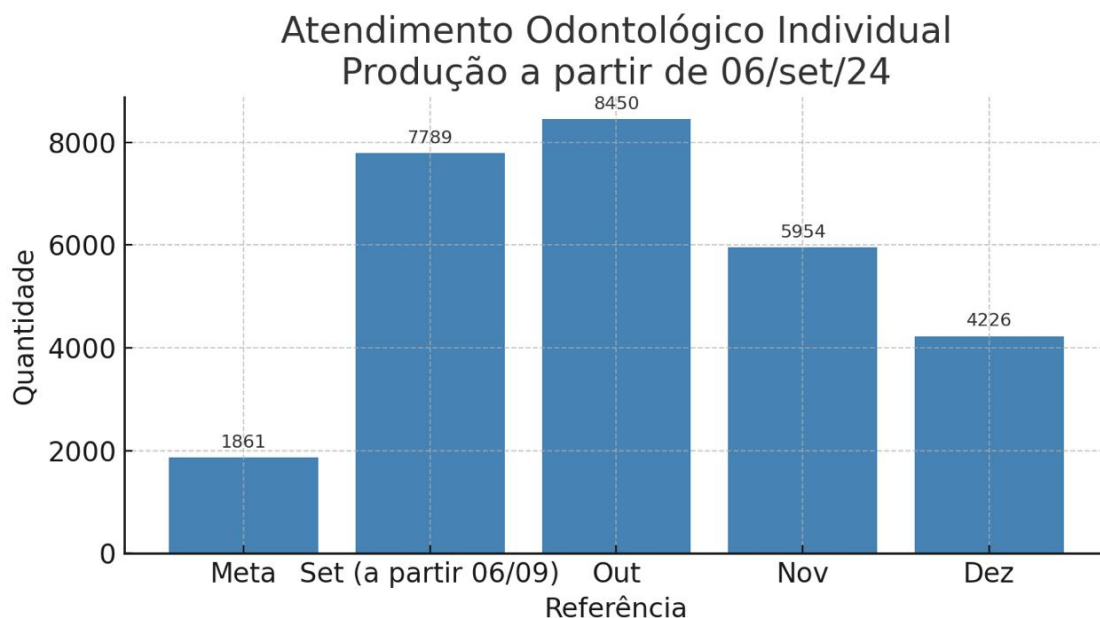


Atendimento Individual

O atendimento individual é um dos principais eixos da Atenção Primária à Saúde, sendo realizado por profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos, dentistas e outros) como parte do cuidado longitudinal do usuário. No entanto, a baixa produção pode estar associada a uma série de fatores operacionais e organizacionais, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde:

1. Alta demanda espontânea e sobrecarga assistencial: Muitas unidades concentram seus esforços em acolhimento de urgências e demandas imediatas, o que compromete o agendamento e a execução de atendimentos programáticos e de seguimento individual. Fonte: PNAB – Portaria GM/MS nº 2.436/2017.
2. Priorização de ações coletivas, visitas domiciliares ou campanhas: Durante períodos de mobilização (vacinação, combate à dengue, etc.), a equipe redireciona seus esforços para ações em grupo, reduzindo os atendimentos individuais presenciais. Fonte: Caderno de Atenção Primária nº 28 – Organização da Agenda, MS.
3. Baixa adesão da população às consultas agendadas: Em áreas de vulnerabilidade social, é comum a ausência dos usuários em consultas previamente marcadas, o que reduz os indicadores de produção, mesmo com agenda ofertada. Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE/MS.
4. Dificuldades técnicas no registro dos atendimentos no e-SUS/PEC: Problemas nos sistemas de informação, como travamentos, falhas de internet ou registros incompletos, podem comprometer a contabilização correta da produção individual. Fonte: Nota Técnica sobre Registro da Produção – SISAB/MS.

Atendimento Odontológico Individual

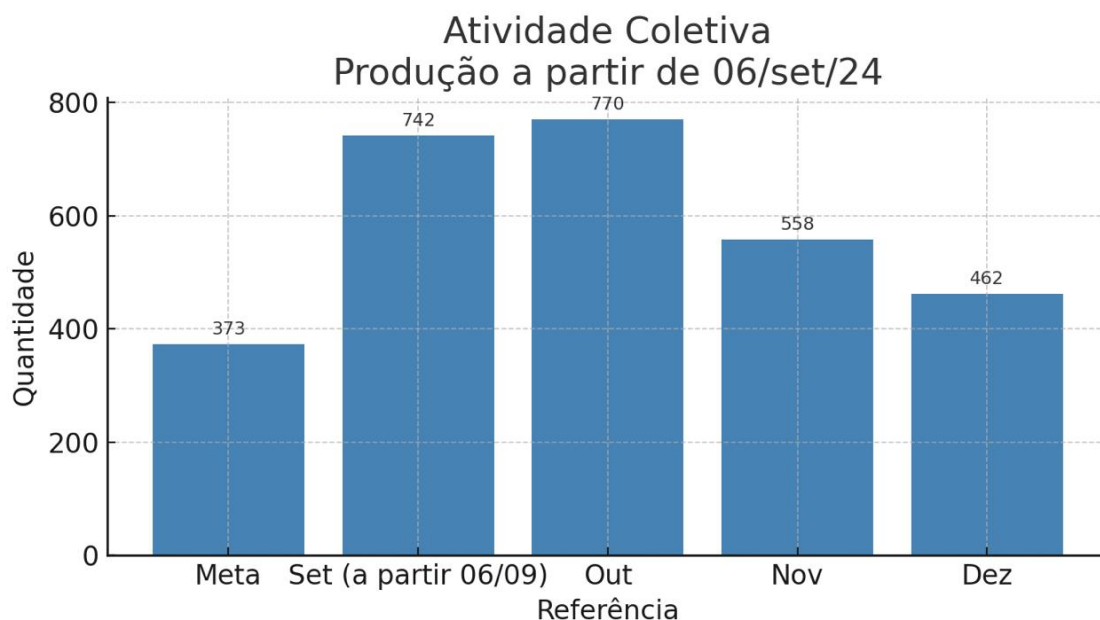


Atendimento Odontológico Individual

O atendimento odontológico individualizado é um dos principais componentes da atenção à saúde bucal no SUS, sendo responsável pelo acolhimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico dos usuários. No entanto, diversos fatores estruturais, organizacionais e populacionais podem impactar negativamente sua produção, conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Alta demanda por urgências e atendimentos de dor: Muitas unidades concentram seus recursos e tempo clínico no atendimento de quadros agudos e dolorosos, o que compromete a agenda programática de atendimentos individualizados. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.
2. Alta evasão e não comparecimento dos usuários: Muitos pacientes não retornam para continuidade do tratamento, o que prejudica o ciclo de cuidado e reduz os registros de produção real. Fonte: Avaliação da Atenção Odontológica – PMAQ, MS.
3. Prioridade para ações coletivas ou estratégias extramuros: Durante campanhas ou ações educativas em território (ex: escolas, comunidades), os profissionais podem reduzir a carga de atendimentos clínicos individuais para ampliar o alcance das ações de promoção. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.

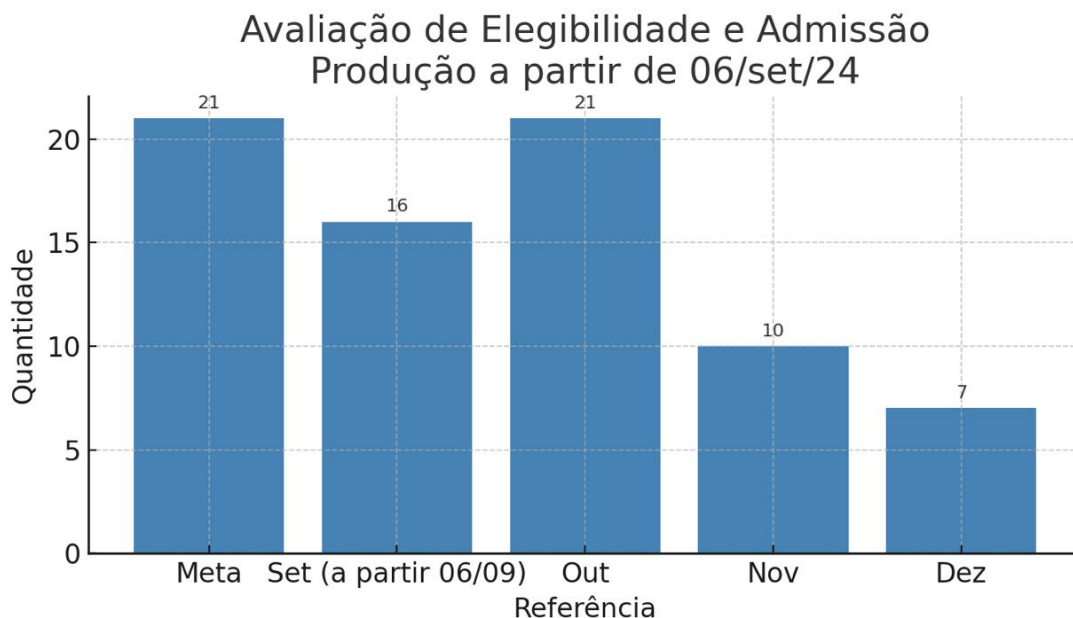
Atividade Coletiva



Atividade Coletiva

Justificativa: As atividades coletivas em saúde visam à promoção da saúde e à prevenção de agravos, muitas vezes realizadas em escolas, unidades de saúde ou espaços comunitários. A produção pode ser impactada por suspensão de aulas, feriados prolongados, eventos climáticos e priorização de atendimentos individuais emergenciais. Tais ações estão previstas no Caderno de Atenção Básica nº 39, que orienta o planejamento em saúde. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento e programação local em saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: MS, 2016.

Avaliação de Elegibilidade e Admissão

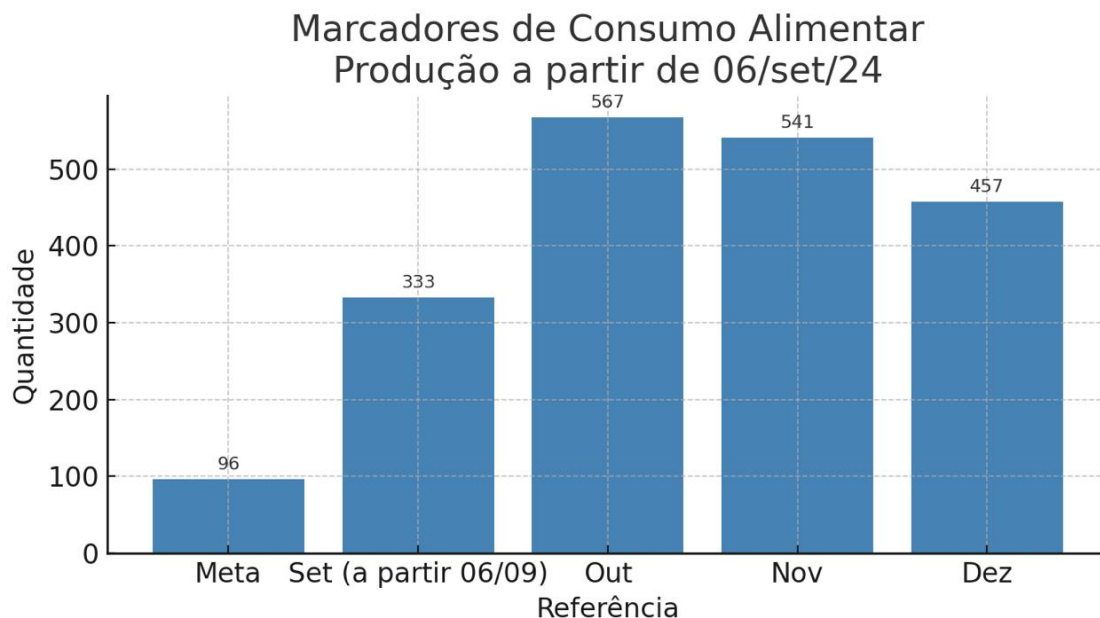


Avaliação de Elegibilidade e Admissão

Justificativa: Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação de elegibilidade é etapa fundamental para a organização do cuidado em saúde, especialmente em linhas como hipertensão, diabetes, saúde mental e doenças crônicas. No entanto, a baixa adesão da população pode ser atribuída a múltiplos fatores, conforme evidenciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e demais diretrizes técnicas:

1. Baixa percepção de risco e ausência de sintomas imediatos: Muitos usuários não compreendem a importância da avaliação precoce, principalmente em condições crônicas assintomáticas, o que reduz a procura espontânea por esse tipo de atendimento. Fonte: PNAB, 2017.
2. Fatores socioeconômicos e de acesso: Dificuldades de deslocamento, ausência de transporte público adequado, jornadas de trabalho extensas e barreiras culturais dificultam o comparecimento à UBS para realização da avaliação inicial. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 35 – Saúde da Pessoa com Doença Crônica, MS, 2013.
3. Efeitos pós-pandemia: Ainda é possível observar reflexos do período pandêmico na descontinuidade do cuidado, medo de frequentar unidades e falta de atualização do cadastro dos usuários. Fonte: Boletim Epidemiológico – MS, 2022.

Marcadores de Consumo Alimentar

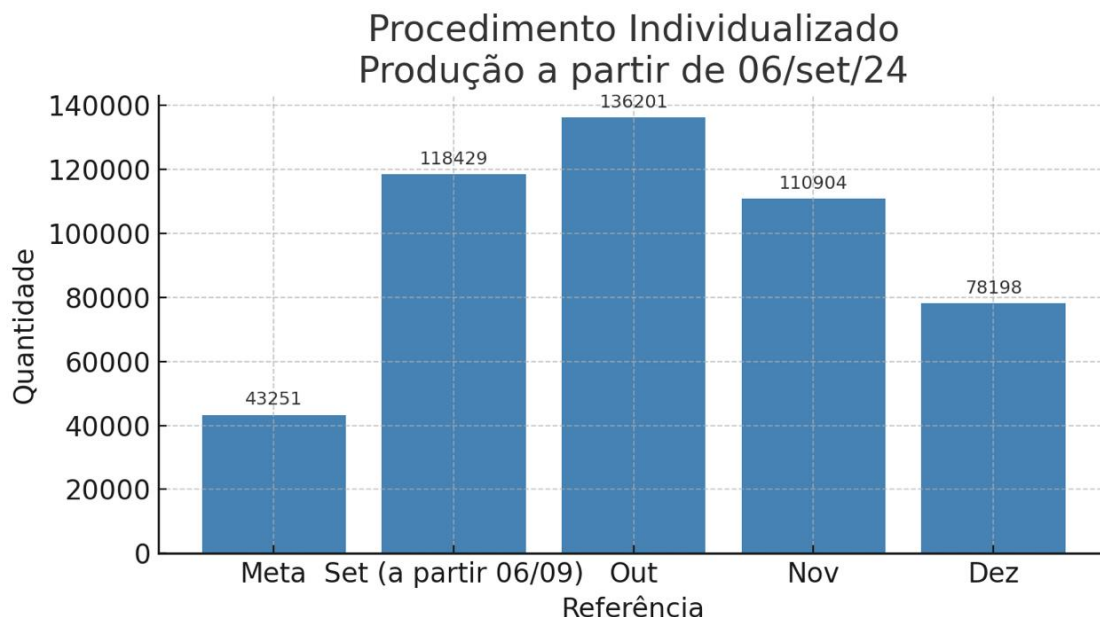


Marcadores de Consumo Alimentar

Justificativa: Marcadores de consumo alimentar são indicadores que permitem avaliar e monitorar o tipo e a quantidade de alimentos consumidos por um indivíduo ou grupo, auxiliando na identificação de hábitos alimentares e na promoção de escolhas mais saudáveis. Eles são utilizados em diversos contextos, como a saúde pública e a pesquisa, para entender padrões alimentares e desenvolver intervenções nutricionais.

Baixa adesão dos usuários às ações de promoção da alimentação saudável: Muitos usuários só procuram os serviços de saúde em contextos de doença, o que dificulta a coleta de dados preventivos como o consumo alimentar. Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE/MS.

Procedimento Individualizado

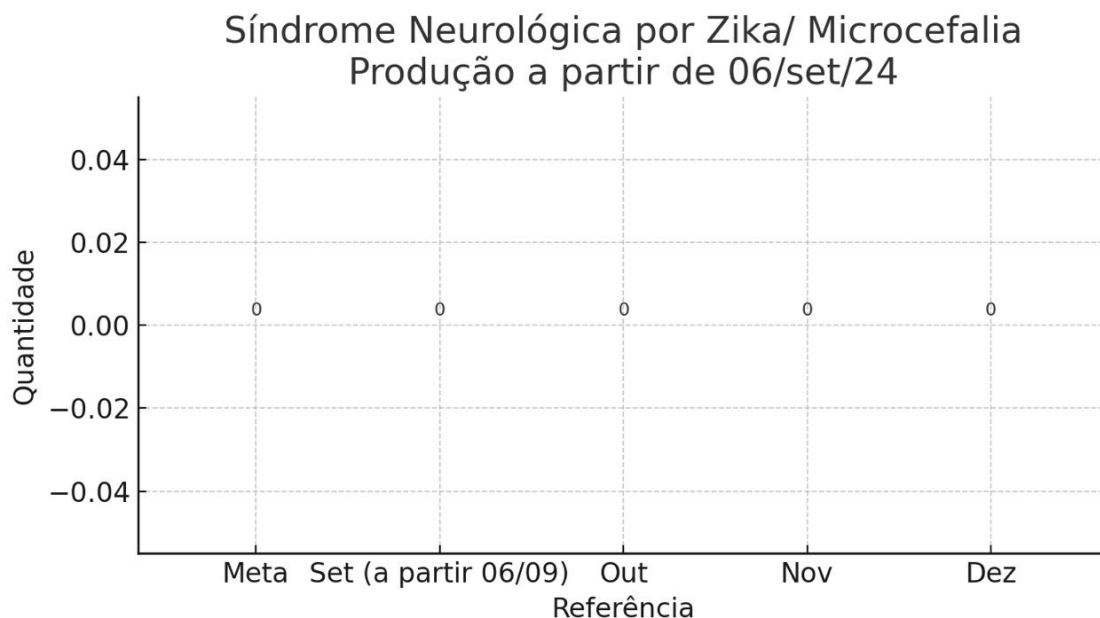


Procedimento Individualizado

Justificativa: A produção de atendimentos individualizados na Atenção Básica está diretamente relacionada à capacidade instalada da unidade, à força de trabalho disponível e à organização dos fluxos assistenciais. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), o atendimento individual é um dos eixos centrais da resolutividade da Atenção Primária à Saúde, sendo influenciado por diferentes fatores:

1. Alta demanda por atendimentos espontâneos e urgências: Em muitos territórios, a procura espontânea por condições agudas ou agravadas interfere na programação da agenda de atendimentos individualizados regulares, como os de seguimento de condições crônicas. Fonte: PNAB, 2017.
2. Baixa adesão dos usuários às consultas agendadas: Altas taxas de absenteísmo impactam negativamente a produção registrada, especialmente em territórios com vulnerabilidade social acentuada. Fonte: Caderno de Atenção Primária nº 28 – Agenda e Acolhimento, MS.
3. Priorização de ações coletivas e estratégicas no território: Períodos voltados para campanhas de vacinação, ações extramuro ou mobilização intersetorial (como mutirões de hanseníase ou dengue) podem temporariamente reduzir a oferta de consultas individualizadas. Fonte: Diretrizes do Planejamento Ascendente no SUS, 2020.
4. Impacto de instabilidades nos sistemas de informação (e-SUS PEC/SISAB): Oscilações no funcionamento dos sistemas eletrônicos podem comprometer o registro adequado da produção individual. Fonte: Nota Técnica Conecte SUS – MS, 2023.

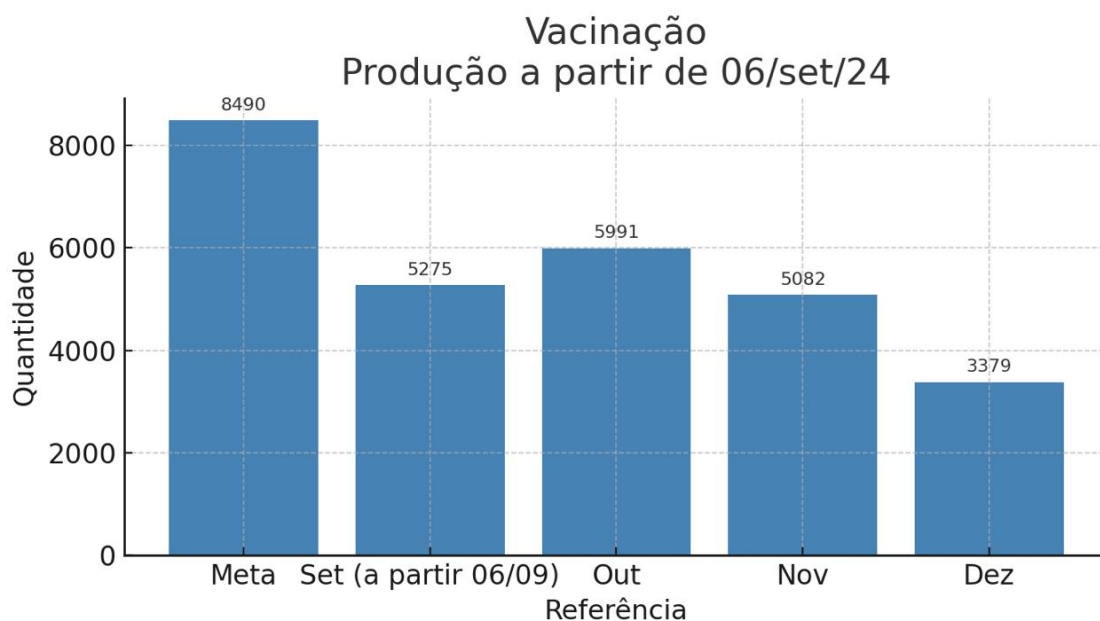
Síndrome Neurológica por Zika/ Microcefalia



Síndrome Neurológica por Zika/ Microcefalia

Justificativa: Não há meta prevista. Os números permanecem zerados, sem notificações no período.

Vacinação

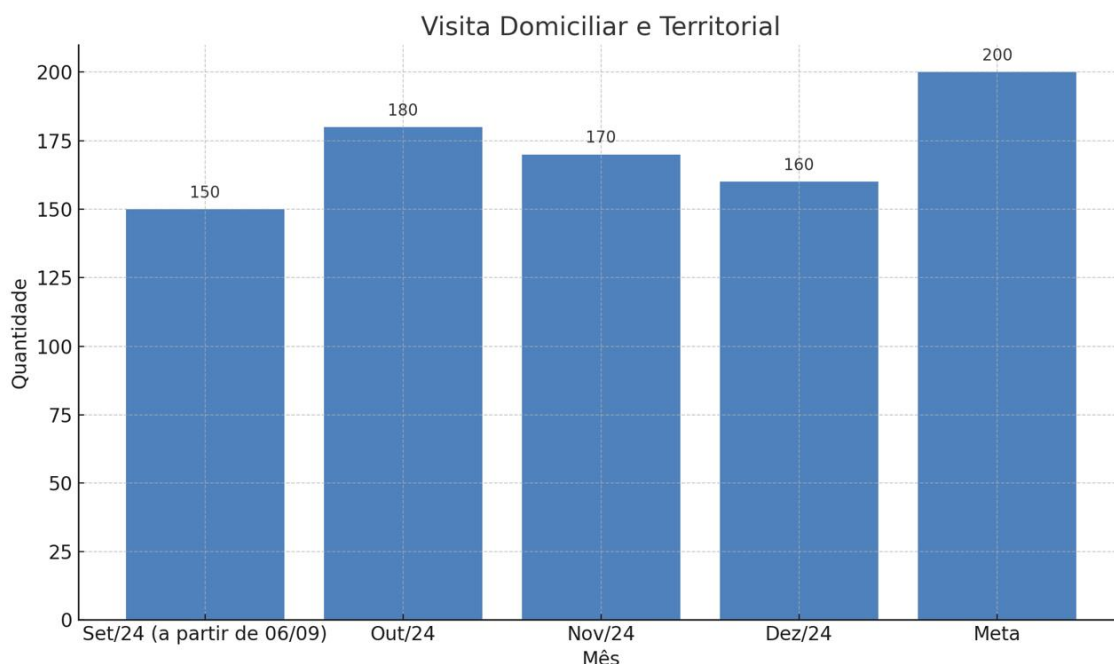


Vacinação

A vacinação é um dos pilares da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde, sendo fundamental para a prevenção de doenças imunopreveníveis. A baixa produção de doses aplicadas, no entanto, pode ser explicada por diversos fatores estruturais, organizacionais e populacionais, conforme reconhecido pelo Ministério da Saúde:

1. Baixa adesão da população às campanhas de vacinação: Nos últimos anos, tem-se observado uma queda significativa da cobertura vacinal em todo o país, associada à desinformação, à hesitação vacinal e à diminuição da percepção de risco da população. Fonte: Plano Nacional de Imunizações (PNI) – MS, 2022.
2. Desabastecimento ou distribuição irregular de vacinas: Falhas na logística de entrega por parte dos órgãos centrais e regionais de saúde comprometem a oferta regular de vacinas, afetando a produção local. Fonte: Relatórios do PNI – Coordenação Geral de Imunizações, MS.
3. Problemas técnicos no sistema de informação (SI-PNI ou e-SUS): Instabilidades, falhas de sincronização ou registros incorretos no sistema nacional de imunização resultam em subnotificação da produção vacinal. Fonte: Nota Técnica CGPNI – MS, 2023.
5. Horários de atendimento incompatíveis com a rotina da população: Unidades que não oferecem horários estendidos ou atendimento em finais de semana dificultam o acesso à vacinação por parte de trabalhadores e estudantes. Fonte: Avaliação da Atenção Básica – Previne Brasil, MS.

Visita Domiciliar e Territorial



Visita Domiciliar e Territorial

Justificativa: As visitas domiciliares e territoriais são instrumentos essenciais para a vigilância em saúde, acompanhamento de condições crônicas, e fortalecimento do vínculo com a comunidade. No entanto, a produção pode ser impactada por fatores organizacionais, estruturais e territoriais. Abaixo seguem justificativas com embasamento técnico conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Defasagem no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS): A ausência ou número reduzido de ACS compromete a capilaridade da atuação territorial e o planejamento das visitas, principalmente em áreas de alta vulnerabilidade social. Fonte: PNAB, 2017 – Portaria GM/MS nº 2.436/2017.

2. Extensão territorial e áreas de difícil acesso: Regiões com barreiras geográficas, como morros, comunidades ribeirinhas ou áreas rurais, dificultam a cobertura de visitas com regularidade e segurança. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 27 – Território, MS.

3. Afastamentos e sobrecarga das equipes: Faltas justificadas, licenças médicas e acúmulo de funções por parte da equipe dificultam a execução das visitas com a frequência ideal. Fonte: Relatórios de Avaliação da Atenção Primária – SISAB, 2022.

4. Priorização de demandas internas da unidade: Em períodos de vacinação em massa, surtos epidemiológicos ou atendimento de urgências, há priorização da assistência interna, impactando a rotina territorial. Fonte: Diretrizes para Organização da APS em Situações de Emergência em Saúde Pública – MS, 2020.

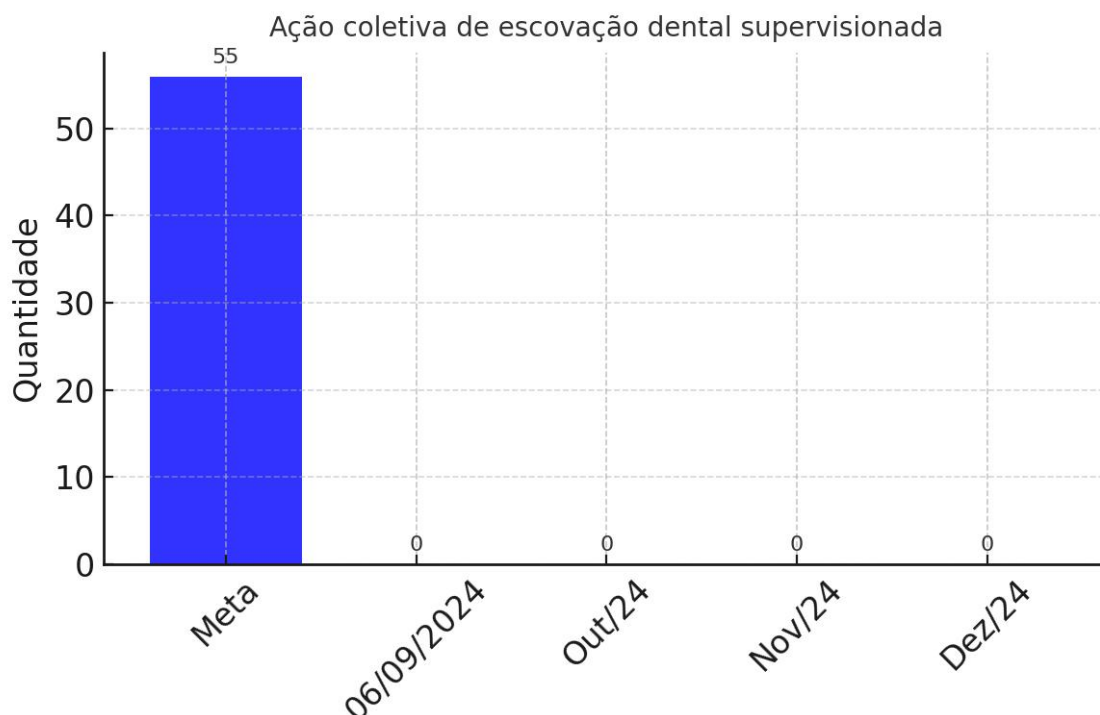
Relatório de Produção - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

PRODUÇÃO CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO CEO						
DESCRIÇÃO	META MENSAL	06/09/2024 SET	out/24	nov/24	dez/24	
TOTAL	3.517,20	7.786	7.648,25	5.591	4.202	
0101020031 ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	55,94	0	0	0	0	0
0101020082 EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA	11,84	7	20	21	16	
0204010160 RADIOGRAFIA OCLUSAL	12,08	0	0	0	0	0
0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	55,4	0	0	0	0	0
0204010225 RADIOGRAFIA PERIAPICAL	53,92	155	130	111	95	
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO PRIMARIA (EXCETO MEDICO)	1.853,50	4.394	4.740	3.027	2.307	
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)	177,1	174	197	197	159	
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	57,26	1.952	2.145	1.346	994	
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	7,38	10	4	3	6	
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	5,46	0	0	0	0	0
0307020010 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	31,08	336	431	282	200	
0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	1.121,18	281	411	303	256	
0307020045 TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	5,43	11	15	10	12	
0307020053 TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRES OU MAIS RAIZES	9,98	33	49	44	26	
0307020061 TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	5,26	20	21	9	9	
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	20,08	481	744	363	445	
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	41,91	115	191	0	109	
0307030040 PROFILAXIA / REMOCAO DA PLACA BACTERIANA	16,7	369	392	268	219	
0307040011 COLOCACAO DE PLACA DE MORDIDA	0,82	47	19	3	0	
0401010082 FRENECTOMIA/FRENOTOMIA.	1,4	2	6	2	0	
0404020615 REDUCAO DE LUXACAO TEMPORO-MANDIBULAR	6,22	33	26	1	0	
0414020049 CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES	2,22	0	0	0	0	0
0414020065 CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	2,5	0	0	0	0	0
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL	11,98	1	1	1	0	
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	4,04	0	0	0	0	0
0414020162 GENGIOPLASTIA (POR SEXTANTE)	0,96	2	2	1	5	
0414020278 REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	27,38	69	75	34	20	
0414020375 TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	1,48	15	13	3	1	

Este relatório apresenta a produção do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município no período de 06 setembro de 2024 a 31 dezembro de 2024. O CEO é um componente fundamental da Rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS, oferecendo atendimentos especializados que extrapolam os serviços da atenção básica, como cirurgia oral menor, periodontia especializada, endodontia, entre outros. A produção de cada procedimento é analisada graficamente em relação à meta contratual, com justificativas fundamentadas nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Este relatório apresenta os procedimentos realizados no âmbito do CEO, com gráficos para os aplicáveis e justificativas.

AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA



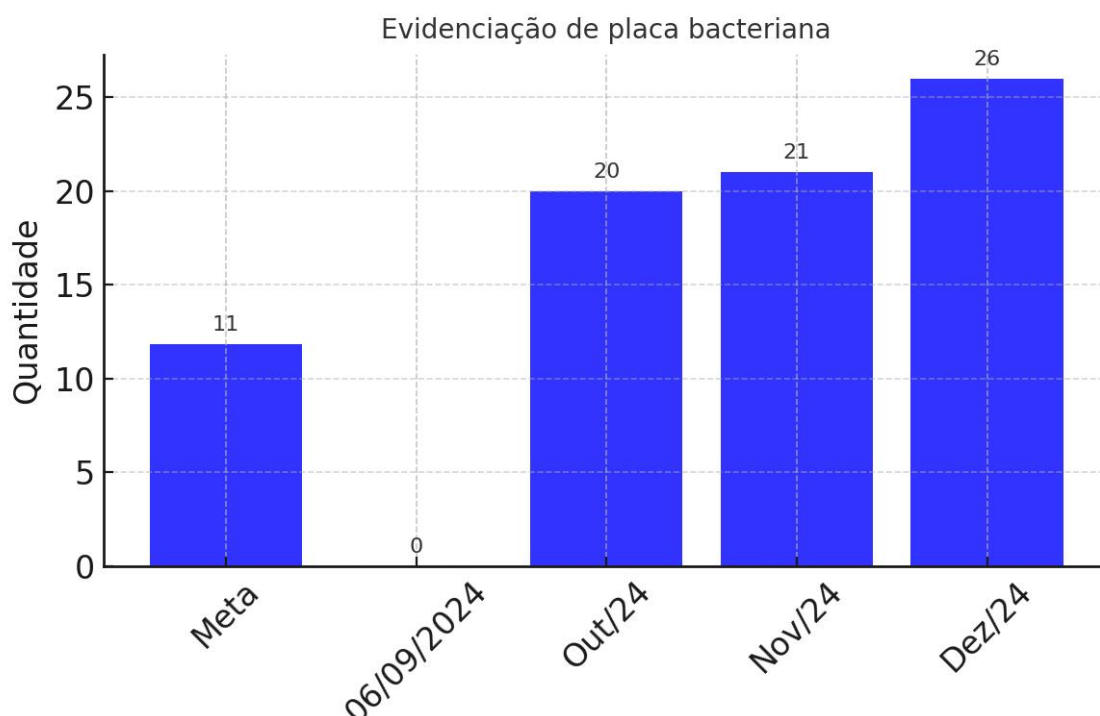
A ação coletiva de escovação dental supervisionada é uma atividade essencial de promoção da saúde bucal, especialmente voltada para o ambiente escolar e outras instituições coletivas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. No entanto, a baixa produção desse indicador pode ser atribuída a uma série de fatores estruturais e contextuais que dificultam sua plena execução no território.

Entre os principais fatores que justificam a baixa produção, destacam-se:

1. Interrupções no calendário escolar: Períodos de férias, recessos, greves ou reorganizações pedagógicas impactam diretamente na realização das ações em ambiente escolar, que é o principal local de execução dessas atividades.
2. Falta de parceria com instituições de ensino: Em alguns territórios, há resistência ou dificuldade na articulação com escolas e creches para inserção das ações de saúde bucal, devido a agendas incompatíveis ou ausência de pactuação entre saúde e educação.

Dessa forma, apesar do reconhecimento da importância dessa atividade para o desenvolvimento de hábitos saudáveis desde a infância, a baixa produção reflete limitações estruturais e conjunturais do território, que vêm sendo progressivamente enfrentadas por meio de pactuações intersetoriais, aquisição de insumos e readequação das agendas da equipe. Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola (PSE). Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.

EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA

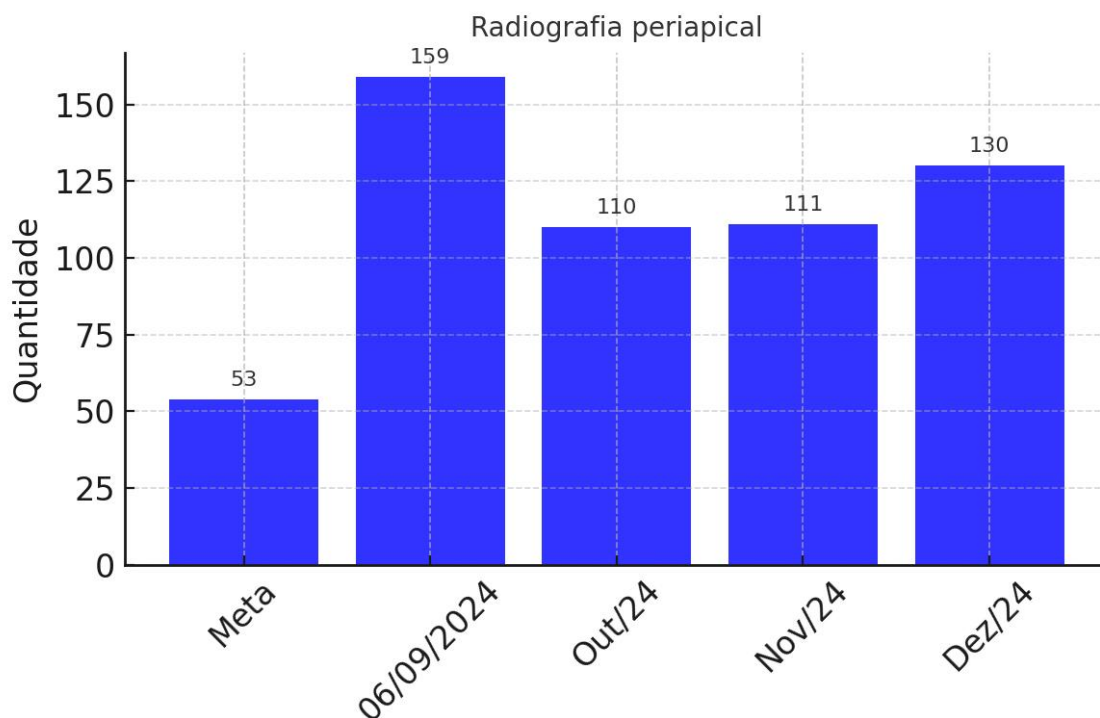


A evidênciação de placa bacteriana é um procedimento clínico preventivo fundamental no acompanhamento da saúde bucal, especialmente entre escolares e grupos prioritários, sendo preconizada nas ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Contudo, a baixa produção pode ser justificada por diversos fatores, conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Suspensão ou redução de ações coletivas nas escolas: A evidênciação de placa é comumente realizada em ações extramuro, principalmente em ambiente escolar. A falta de autorização das escolas, greves ou suspensão de parcerias intersetoriais, férias escolares e feriados dificulta a realização do procedimento. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.
2. Necessidade de ambiente controlado para execução do procedimento: Por exigir materiais específicos e tempo clínico, muitas equipes optam por não realizá-lo em campo aberto ou em ações fora da unidade, reduzindo sua aplicação nas visitas escolares. Fonte: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.
3. Enfoque das ações em atendimentos clínicos e urgências: A priorização de demandas clínicas dentro da unidade, sobretudo em contextos de sobrecarga de atendimentos odontológicos, faz com que procedimentos preventivos, como a evidênciação, sejam postergados. Fonte: PNAB, 2017.
4. Falta de insumos específicos ou atraso na reposição: A ausência de reveladores de placa (corantes ou soluções evidenciadoras), bem como de kits básicos para demonstração e escovação supervisionada, compromete a realização da atividade. Fonte: Relatórios do Programa Brasil Sorridente, 2021.

5. Impactos da pandemia nas ações extramuro: Mesmo após o período crítico da pandemia, muitas escolas mantiveram restrições sanitárias e limitações ao acesso de profissionais externos, comprometendo a retomada de ações coletivas. Fonte: Nota Técnica de Retomada das Ações de Saúde Bucal – MS, 2022.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL



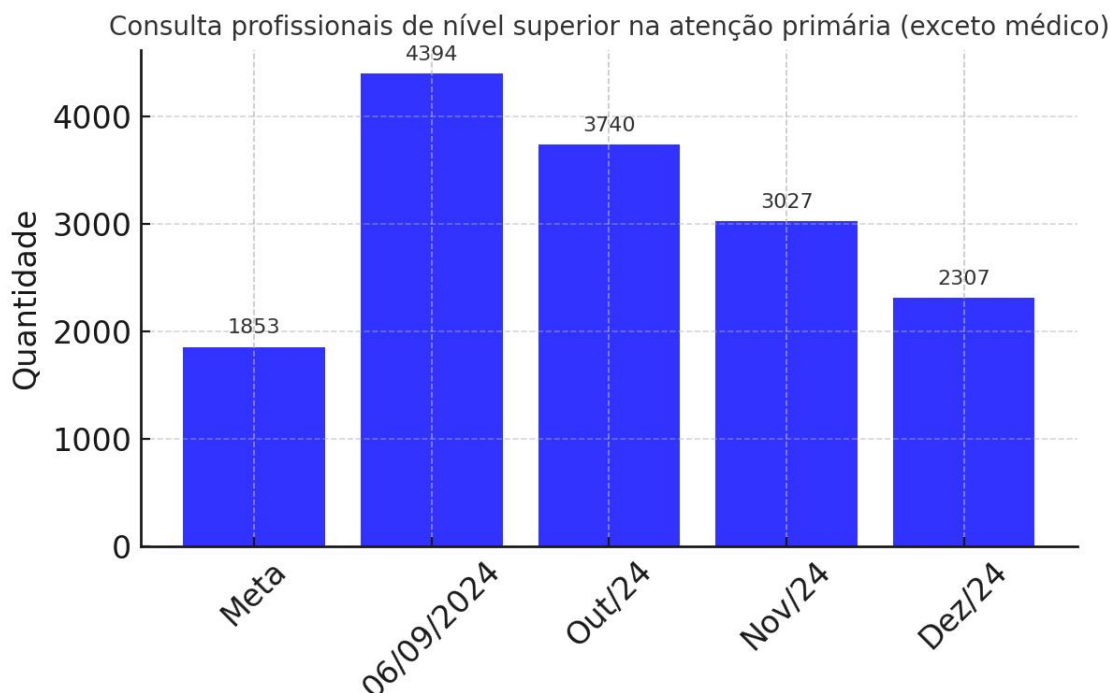
A radiografia periapical é um exame fundamental para a identificação de alterações em tecidos duros dentários, estruturas ósseas adjacentes e para o planejamento de tratamentos endodônticos e periodontais. No entanto, sua produção pode apresentar variações, especialmente em contextos estruturais e organizacionais específicos. A seguir, justificativas com respaldo técnico:

1. Oferta concentrada em serviços especializados (CEO): Em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas, parte da demanda por radiografias é direcionada para o nível secundário, reduzindo a produção nas Unidades Básicas. Fonte: Portaria GM/MS nº 1.464/2011.

2. Redução de procedimentos complexos: A menor realização de tratamentos endodônticos ou reabilitações complexas na Atenção Básica pode impactar diretamente a solicitação de exames radiográficos intraorais. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.

3. Restrições de biossegurança e fluxo de pacientes: Períodos com foco em contenção de infecções ou reorganização dos atendimentos (como durante surtos virais) podem priorizar procedimentos menos invasivos, postergando exames que demandam maior contato direto com o paciente. Fonte: Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO)



As consultas realizadas por profissionais de nível superior na Atenção Primária à Saúde, como cirurgiões-dentistas, são essenciais para a ampliação do acesso, organização do cuidado e seguimento longitudinal dos usuários. No entanto, a baixa produção pode ser justificada por fatores operacionais, estruturais e populacionais, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde:

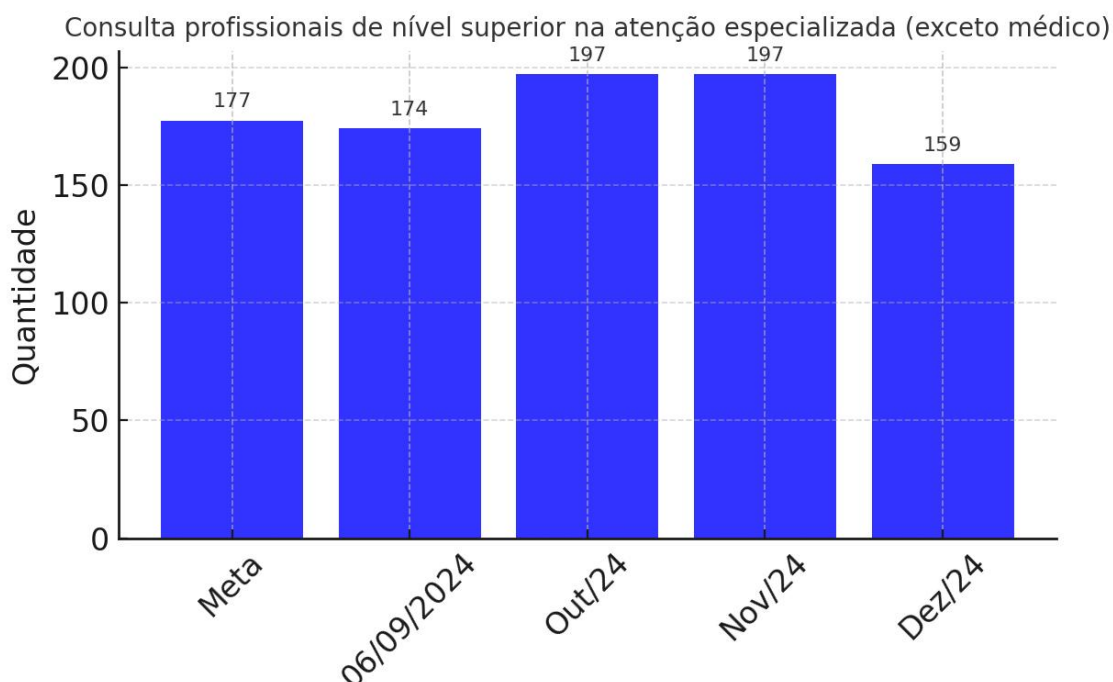
1. Priorização de atividades de grupos, visitas e ações coletivas: Ações extramuro e acompanhamento de grupos prioritários podem impactar o número absoluto de atendimentos individuais registrados. Fonte: Caderno de Atenção Primária nº 28 – Organização da Agenda e Acolhimento, MS.

2. Absenteísmo da população nas consultas agendadas: A baixa adesão dos usuários às consultas com enfermeiros, dentistas ou outros profissionais, especialmente quando não percebem necessidade clínica imediata, também contribui para a menor produção registrada. Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE/MS, 2020.

5. Falhas no registro ou no sistema de informação (e-SUS/PEC): Problemas técnicos nos sistemas podem ocasionar subnotificação da produção real realizada pelas categorias profissionais. Fonte: Nota Técnica DATASUS – MS.

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

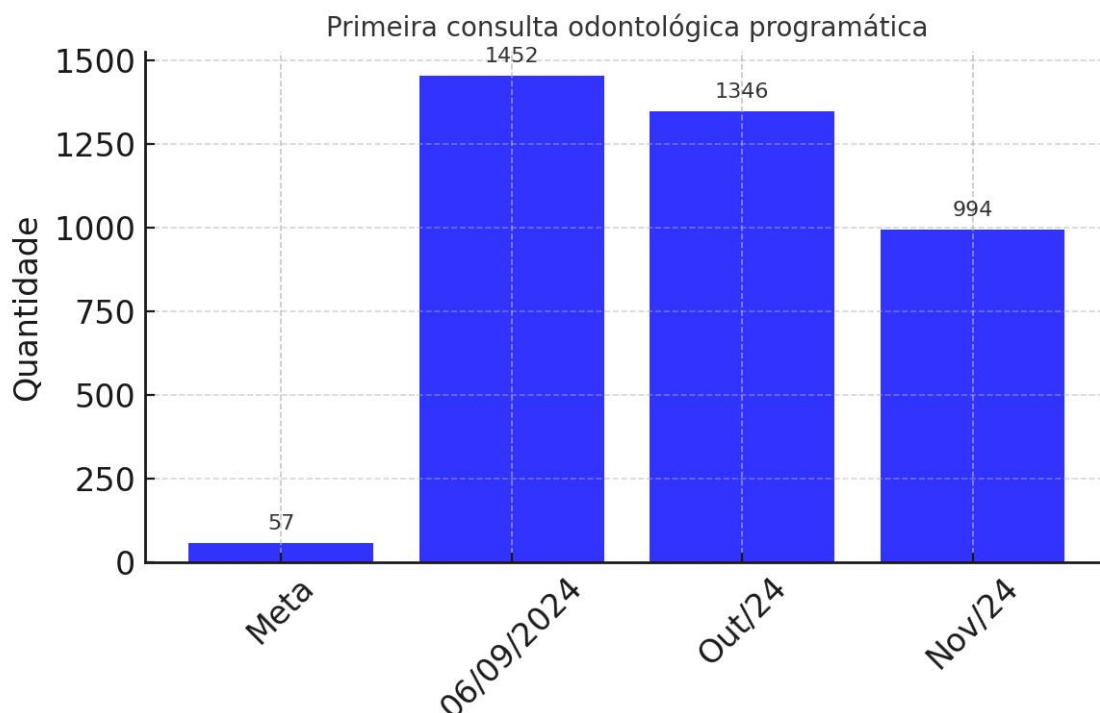
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)



As consultas realizadas por profissionais de nível superior na Atenção Especializada desempenham papel fundamental na continuidade do cuidado, na reabilitação e no acompanhamento clínico especializado, conforme as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, a baixa produção desse indicador pode ser justificada pelos seguintes fatores estruturais e operacionais, segundo o Ministério da Saúde:

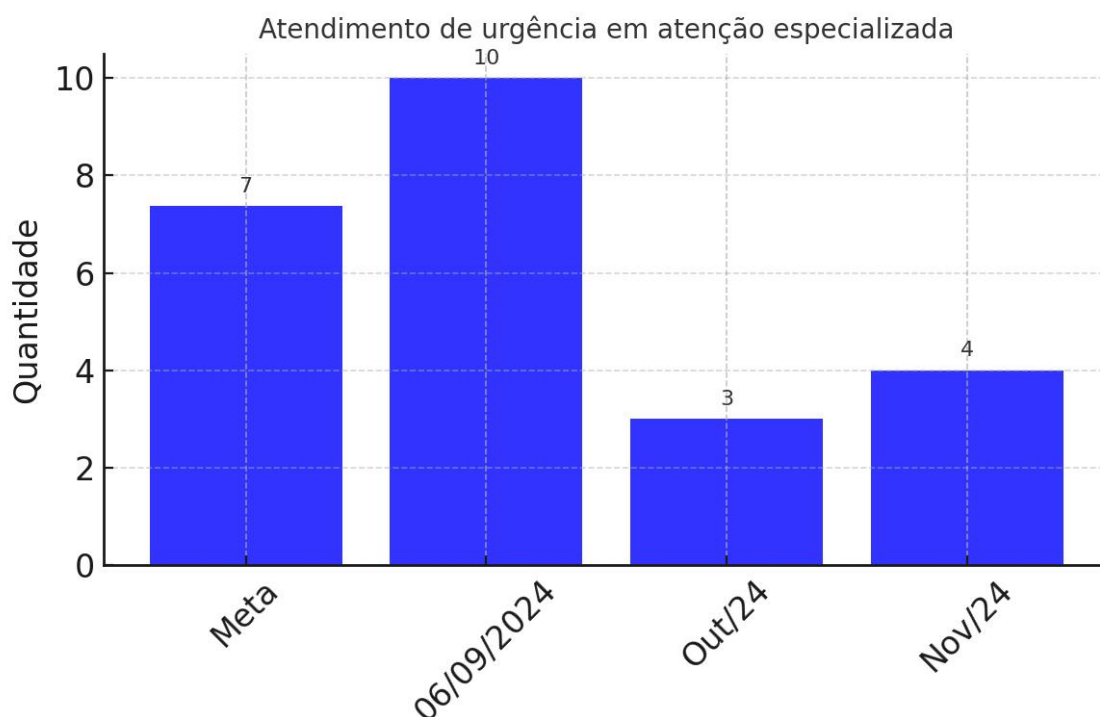
1. Alta complexidade das demandas e tempo clínico ampliado: Nas especialidades odontologia especializada, as consultas exigem mais tempo, o que reduz o número total de atendimentos por profissional. Fonte: Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria GM/MS nº 3.088/2011) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD.
2. Alta taxa de absenteísmo dos usuários agendados: Em serviços como, é comum o não comparecimento às consultas agendadas, o que impacta diretamente os dados de produção. Fonte: Relatório de Monitoramento da Atenção Especializada – MS.

PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA



A primeira consulta odontológica programática é um dos principais indicadores de acesso e acolhimento à saúde bucal no SUS. Ela representa o início do cuidado longitudinal do usuário, com anamnese, exame clínico, planejamento do tratamento e educação em saúde.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA



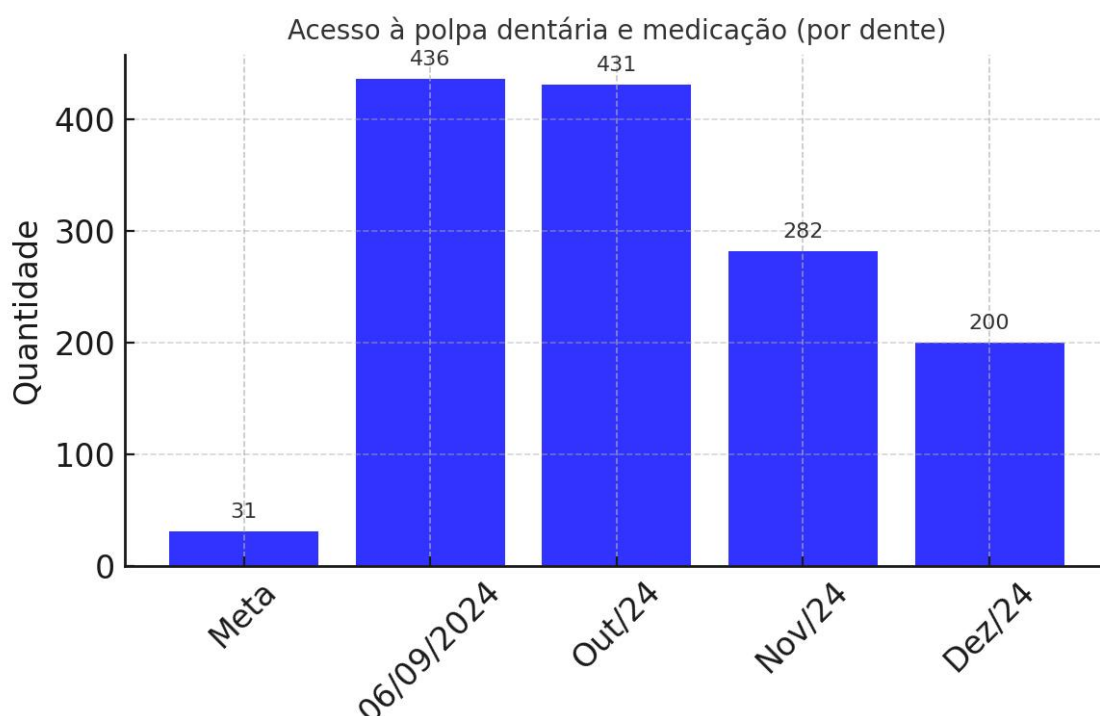
O atendimento de urgência na Atenção Especializada deve ocorrer de forma regulada e articulada com a Atenção Básica, sendo reservado para casos em que a complexidade clínica exige suporte técnico e estrutural ampliado. Quando observada uma produção abaixo da meta esperada, isso pode estar relacionado a fatores estruturais, normativos e de organização da rede, conforme aponta o Ministério da Saúde:

1. Perfil programático da unidade especializada: Serviços como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm como foco principal o atendimento programado, por meio de encaminhamentos da Atenção Básica. A oferta de urgência nesses locais é limitada e depende de protocolos estabelecidos. Fonte: Portaria GM/MS nº 1.464/2011 – Organização dos CEO.

2. Direcionamento da urgência para a Atenção Básica ou Pronto Atendimento: Nos fluxos regulatórios municipais, é comum que os atendimentos de urgência odontológica ou especializada sejam concentrados em unidades de pronto-atendimento ou na própria Atenção Primária, com a Especializada sendo acionada apenas em situações específicas. Fonte: Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências – MS.

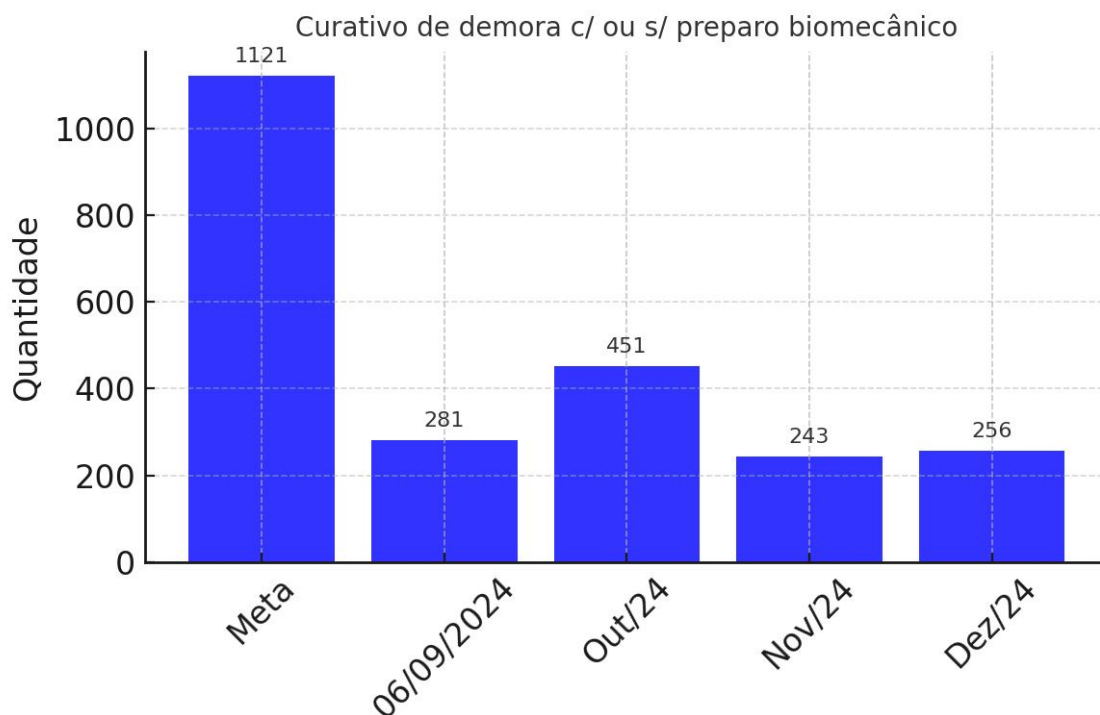
3. Baixa procura da população por esse tipo de serviço no nível especializado: Muitos usuários desconhecem que determinadas urgências especializadas (ex: dor de origem endodôntica avançada, trauma dentário em dentes permanentes) podem ser resolvidas fora do pronto-socorro, o que reduz a demanda espontânea. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.

ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)



O procedimento de acesso à polpa dentária com medicação intracanal é geralmente realizado como medida paliativa ou emergencial no contexto de tratamento endodôntico, especialmente quando o paciente apresenta dor intensa associada a lesões pulpares irreversíveis. Sua realização está vinculada à estrutura física da unidade e à presença de profissional especializado.

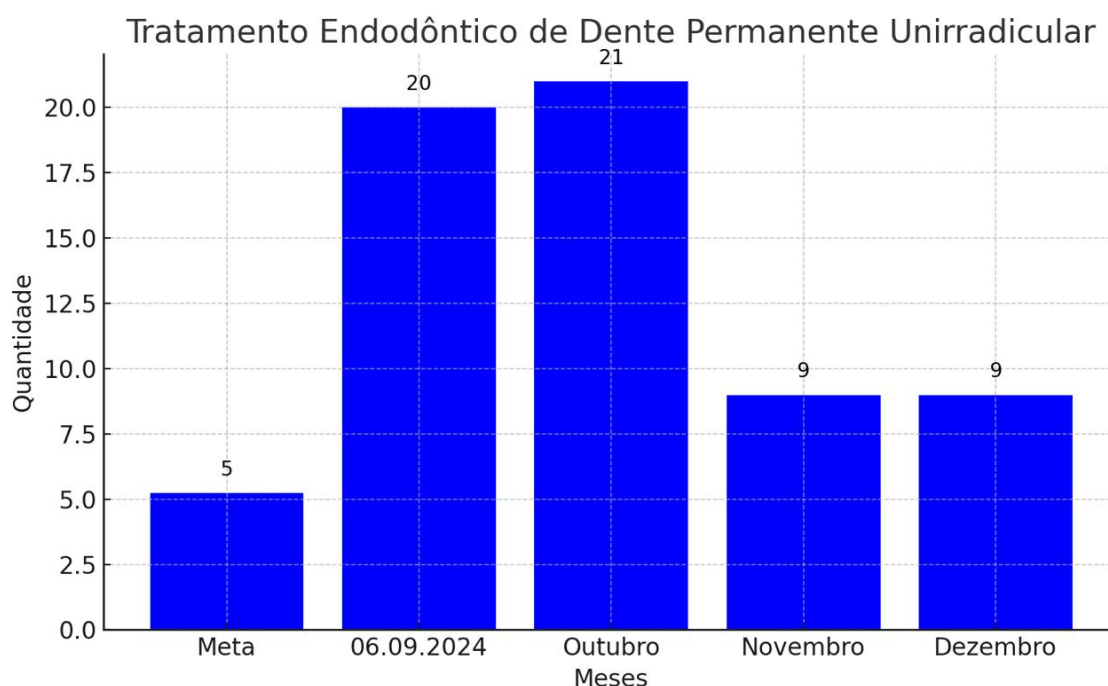
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO



O procedimento de curativo de demora com ou sem preparo biomecânico é utilizado como etapa intermediária no tratamento endodôntico, principalmente em dentes com necrose pulpar ou infecção periapical, onde há necessidade de múltiplas sessões para desinfecção do canal antes da obturação. A baixa produção deste procedimento pode estar relacionada aos seguintes fatores estruturais e clínicos, conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Diminuição da oferta de tratamentos endodônticos multissessão: Muitos serviços vêm adotando protocolos de tratamento endodôntico em sessão única sempre que possível, reduzindo a indicação de curativos de demora. Fonte: Diretrizes Clínicas da Saúde Bucal – MS, 2020.
2. Descontinuidade do tratamento pelo paciente: Como o curativo é uma etapa intermediária, sua realização depende do retorno do paciente às sessões subsequentes. Altas taxas de absenteísmo e evasão impactam diretamente na produção. Fonte: Avaliação Nacional da Rede de Saúde Bucal – MS, 2021.
3. Falta ou atraso na aquisição de insumos específicos: Materiais como medicações intracanaís, cimentos temporários e instrumentos rotatórios podem estar em falta ou com estoque reduzido, comprometendo a continuidade dos atendimentos. Fonte: Relatórios de Monitoramento Logístico da Saúde Bucal – MS.
5. Agenda priorizada para urgências ou procedimentos finalísticos: Em unidades com limitação de agenda, muitas vezes a prioridade é dada à resolução dos casos (obturações), em detrimento de procedimentos intermediários como curativos de demora. Fonte: Diretrizes de Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal – MS.

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR

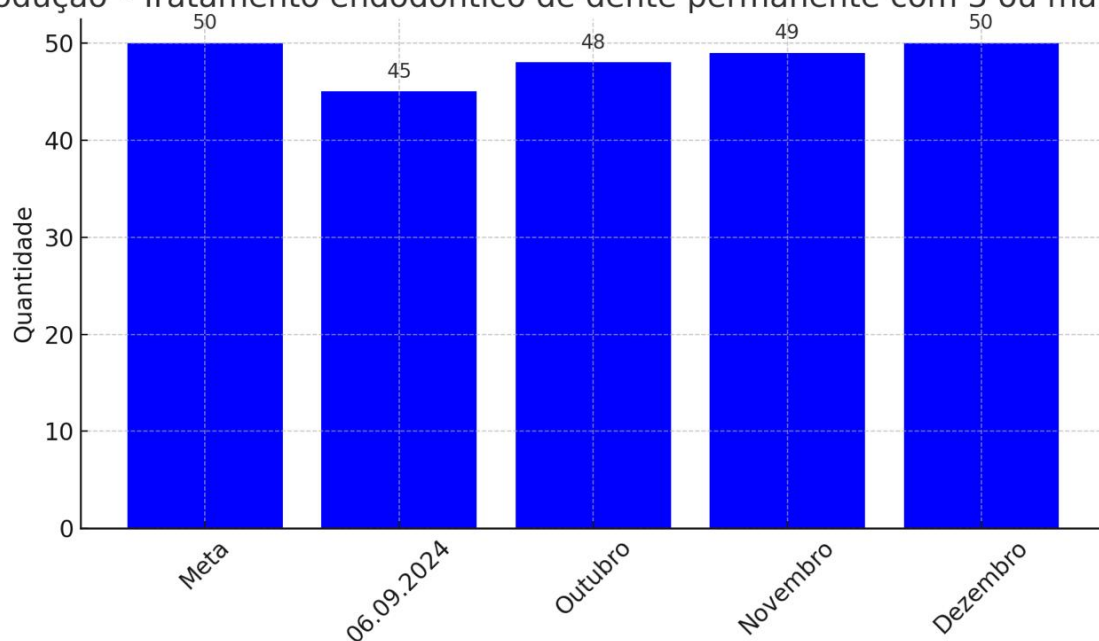


O tratamento endodôntico de dente permanente birradicular é um procedimento de média complexidade, exigindo maior tempo clínico, recursos específicos e profissional com qualificação técnica em Endodontia. A sua baixa produção pode estar relacionada a diversos fatores, conforme preconizado nas diretrizes ministeriais:

1. Tempo clínico prolongado por sessão: Diferente de procedimentos simples, o tratamento birradicular demanda maior tempo por atendimento, o que reduz o número de pacientes atendidos por turno e, consequentemente, a produção total. Fonte: Diretrizes Clínicas de Saúde Bucal – MS, 2020.
2. Alta taxa de absenteísmo do paciente: O tratamento endodôntico birradicular geralmente exige mais de uma sessão. A falta de comparecimento às etapas subsequentes por parte do paciente leva à interrupção e não conclusão do tratamento. Fonte: Avaliação da Rede de Saúde Bucal – PMAQ, MS.
3. Alta demanda reprimida e priorização de urgências: Muitos serviços especializados priorizam atendimentos emergenciais e reabilitação finalística (próteses, cirurgias), postergando procedimentos endodônticos que demandam mais sessões. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.

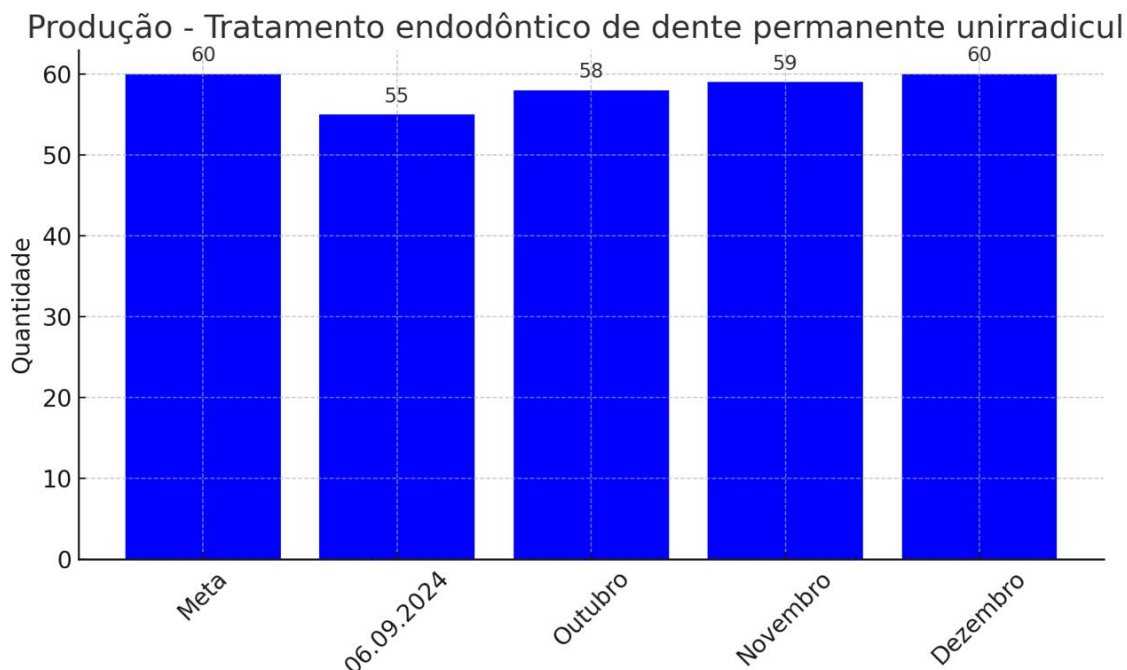
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES

Produção - Tratamento endodôntico de dente permanente com 3 ou mais



O tratamento endodôntico de dentes permanentes com três ou mais raízes — como molares superiores — é considerado um procedimento de alta complexidade técnica, que demanda tempo clínico ampliado, domínio técnico especializado e estrutura adequada.

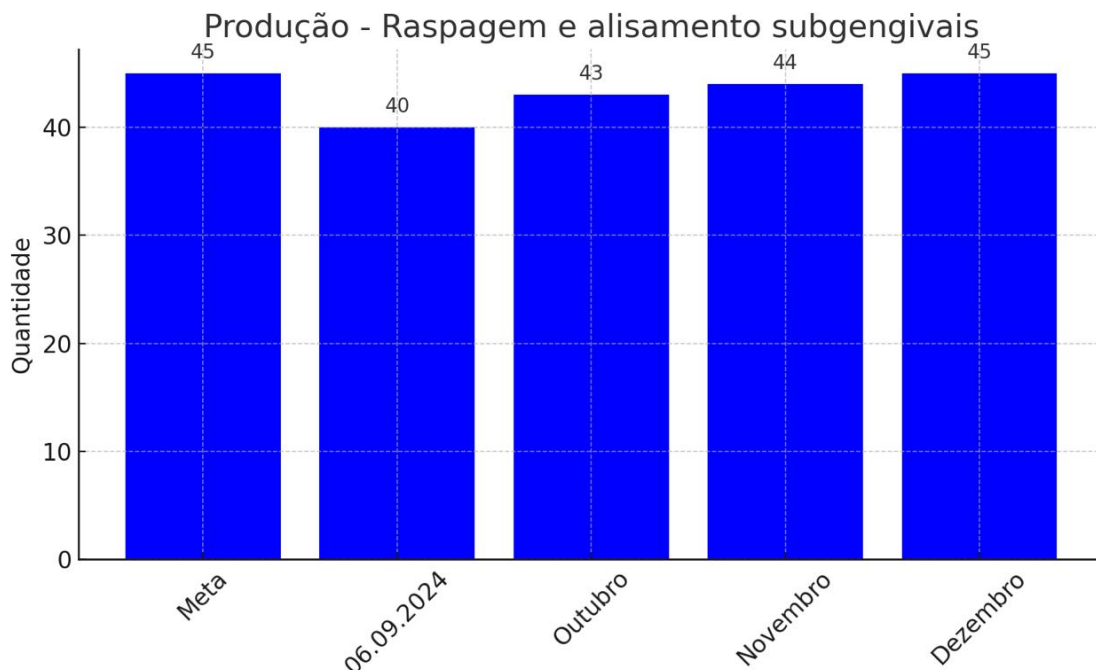
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR



O tratamento endodôntico de dente permanente unirradicular é um procedimento de média complexidade, fundamental na preservação da função dentária e no controle de infecções orais. Apesar de ser, tecnicamente, o mais simples entre os tratamentos endodônticos, sua produção pode estar reduzida devido aos seguintes fatores, de acordo com diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Alta demanda reprimida e sobrecarga de atendimentos de urgência: Em muitos serviços, a agenda da saúde bucal é direcionada para alívio da dor, urgência e reabilitações mais imediatas, postergando os tratamentos eletivos como o endodôntico unirradicular. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.
2. Evasão do paciente durante o tratamento: Por ser realizado em mais de uma sessão, o tratamento depende da adesão do paciente às etapas clínicas. Altos índices de faltas e abandono comprometem a finalização e o registro do procedimento. Fonte: Avaliação da Rede de Atenção Odontológica – MS.
3. Indisponibilidade temporária de materiais e insumos específicos: Materiais como hipoclorito de sódio, limas endodônticas, cones de guta-percha e seladores endodônticos são fundamentais. A falta ou atraso na reposição inviabiliza o atendimento. Fonte: Relatório de Gestão da Saúde Bucal – MS.
4. Prioridade na agenda para reabilitações, exodontias e atendimentos coletivos: Em unidades com número reduzido de profissionais ou alta demanda territorial, muitas vezes os atendimentos restauradores e preventivos coletivos são priorizados. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.

RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)



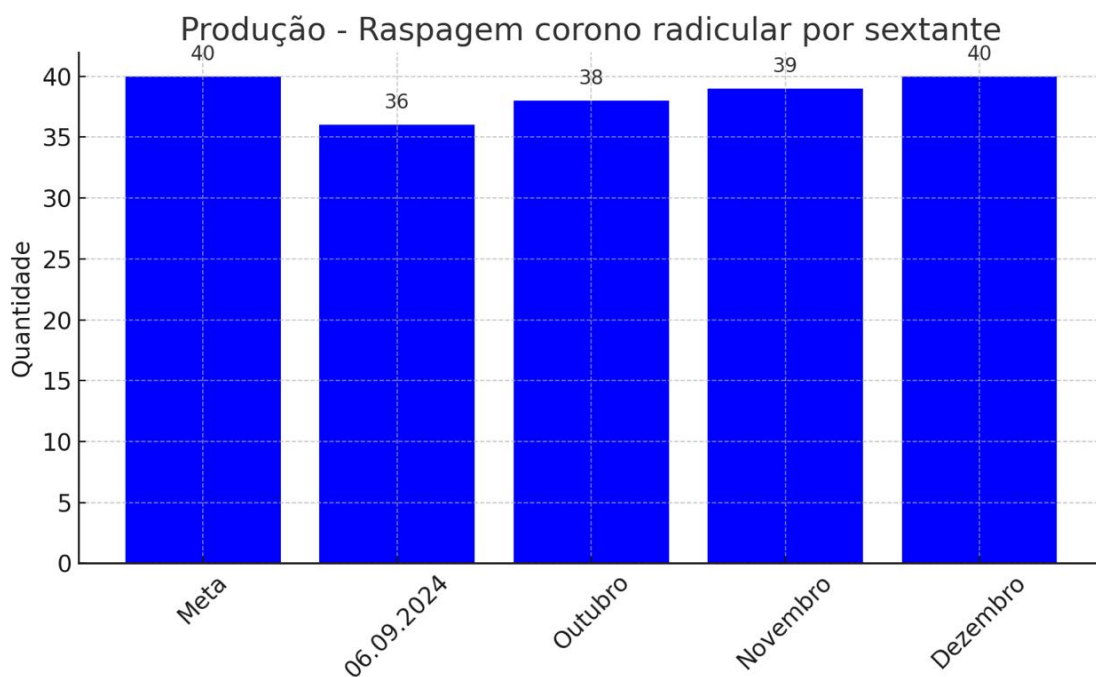
O procedimento de raspagem e alisamento subgengival por sextante é indicado para o tratamento de doenças periodontais em estágio moderado a avançado, especialmente periodontite crônica. É um procedimento minucioso, que exige tempo clínico ampliado, recursos adequados e avaliação criteriosa por parte do cirurgião-dentista.

A baixa produção desse procedimento pode ser justificada por múltiplos fatores:

1. Complexidade clínica e tempo de atendimento: Trata-se de um procedimento que requer várias sessões para ser concluído de forma segura e eficaz, especialmente quando o paciente apresenta múltiplos sextantes acometidos. Isso reduz a capacidade de atendimento em volume.
2. Critérios clínicos rigorosos: Nem todos os pacientes com doença periodontal são imediatamente candidatos ao procedimento subgengival. É necessário que se realizem etapas prévias como orientação de higiene, profilaxia e raspagem supragengival, para controle do biofilme e avaliação da resposta ao tratamento inicial.
3. Falta de adesão do paciente: Muitos usuários não comparecem regularmente às consultas agendadas para continuidade do tratamento periodontal, o que inviabiliza a conclusão do ciclo de raspagem por sextante e consequentemente compromete os registros de produção.
4. Limitações de recursos e estrutura física: Em algumas unidades, há restrições quanto à disponibilidade de instrumental periodontal adequado.
5. Demanda reprimida e priorização de urgências: Em contextos de alta demanda por atendimentos de urgência ou clínicos, as ações terapêuticas programadas como a raspagem subgengival acabam sendo postergadas para garantir o acesso imediato a casos agudos.

Dessa forma, a produção desse procedimento tende a ser quantitativamente inferior quando comparada a outras ações, porém seu impacto clínico é significativo e está alinhado à integralidade e à resolutividade da atenção odontológica especializada. Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008. Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Odontológica no SUS. Brasília: MS, 2021.

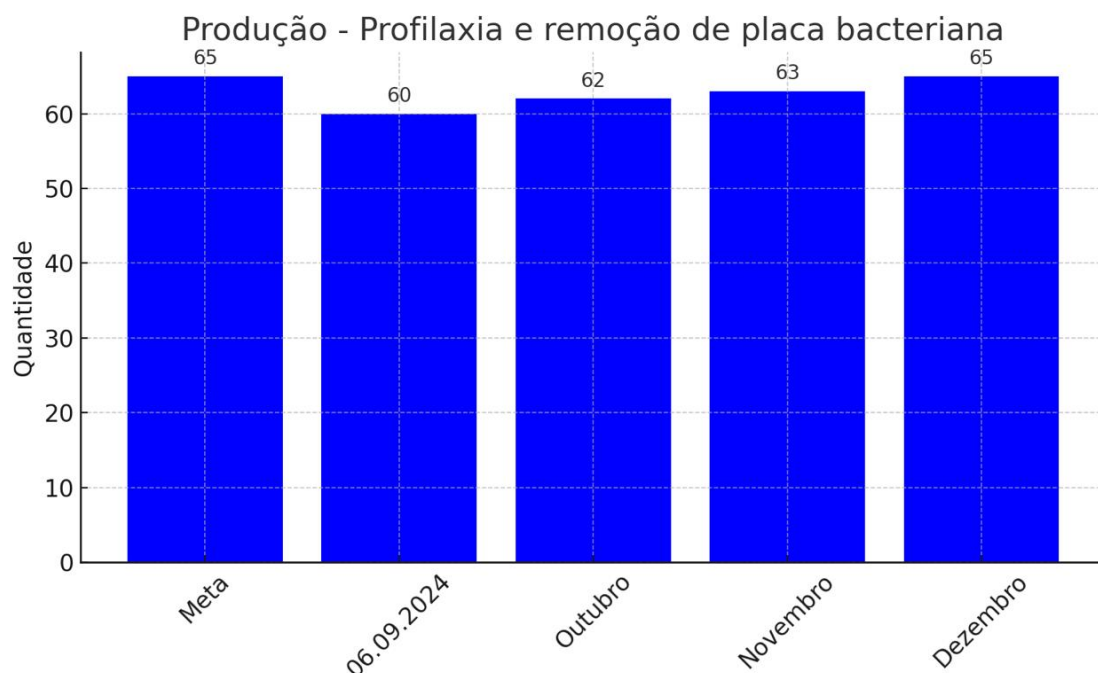
RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)



A raspagem corono-radicular por sextante é um procedimento periodontal indicado em casos de gengivite e periodontite leve a moderada, sendo fundamental para o controle da inflamação gengival e prevenção da progressão da doença. Apesar da sua importância clínica, a baixa produção pode ocorrer por múltiplos fatores, conforme diretrizes do Ministério da Saúde:

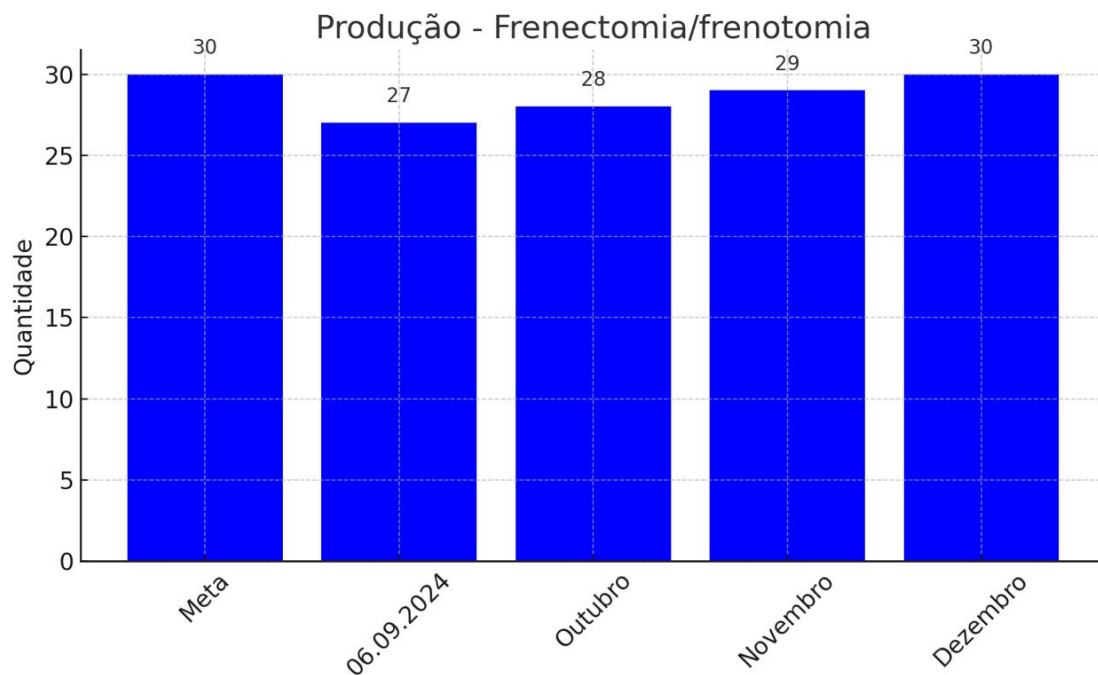
1. Prioridade para atendimentos restauradores e urgências odontológicas: Em unidades com alta demanda e limitação de agenda, muitos profissionais priorizam tratamentos restauradores e de alívio de dor, adiando os procedimentos preventivos e periodontais. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.
2. Falta de diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento periodontal: A ausência de um fluxo regular de triagem periodontal e planejamento por parte das equipes pode limitar a indicação formal da raspagem por sextante. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – MS.
3. Baixa adesão do paciente ao tratamento por etapas: Como a raspagem por sextante exige múltiplas sessões, muitos pacientes não retornam para completar o plano de tratamento, comprometendo a produção final registrada. Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Odontológica – PMAQ, MS.

PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA



A profilaxia ou remoção de placa bacteriana é um procedimento clínico simples, porém de grande importância para a prevenção da cárie dentária, gengivite e doenças periodontais. Ele também é frequentemente realizado em ações de promoção da saúde bucal, especialmente com escolares, gestantes e grupos prioritários.

FRENECTOMIA/FRENOTOMIA



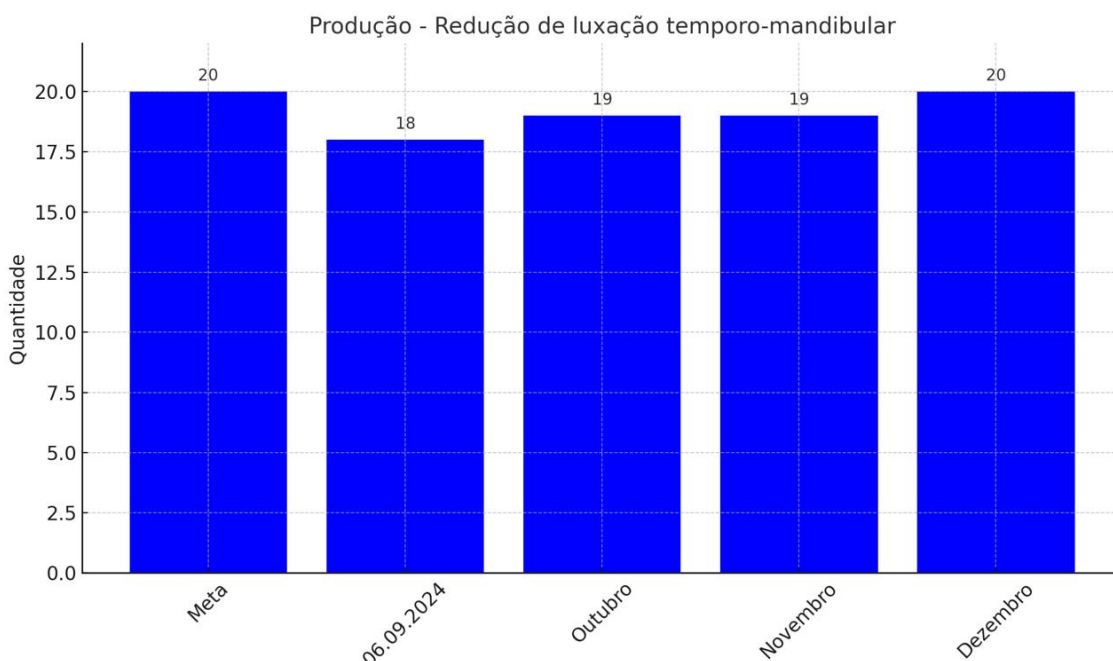
A frenectomia e a frenotomia são procedimentos cirúrgicos indicados para correção de alterações anatômicas nos freios labial e lingual, especialmente em casos de anquiloglossia,

diastemas ou prejuízo funcional da fala e amamentação. Apesar de sua importância clínica, a produção pode ser baixa por diversos fatores, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Indicação restrita a casos específicos e demanda pouco frequente: A necessidade desses procedimentos é limitada a pacientes com diagnóstico clínico preciso, normalmente realizado em crianças e adolescentes, o que reduz o volume de casos mensais. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.

2. Alta taxa de adiamento por questões sociais ou familiares: Como o procedimento exige preparo emocional e cuidados pós-operatórios, muitos responsáveis optam por postergar a realização, especialmente em crianças pequenas. Fonte: Avaliação da Rede de Saúde Bucal – PMAQ, MS.

REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR



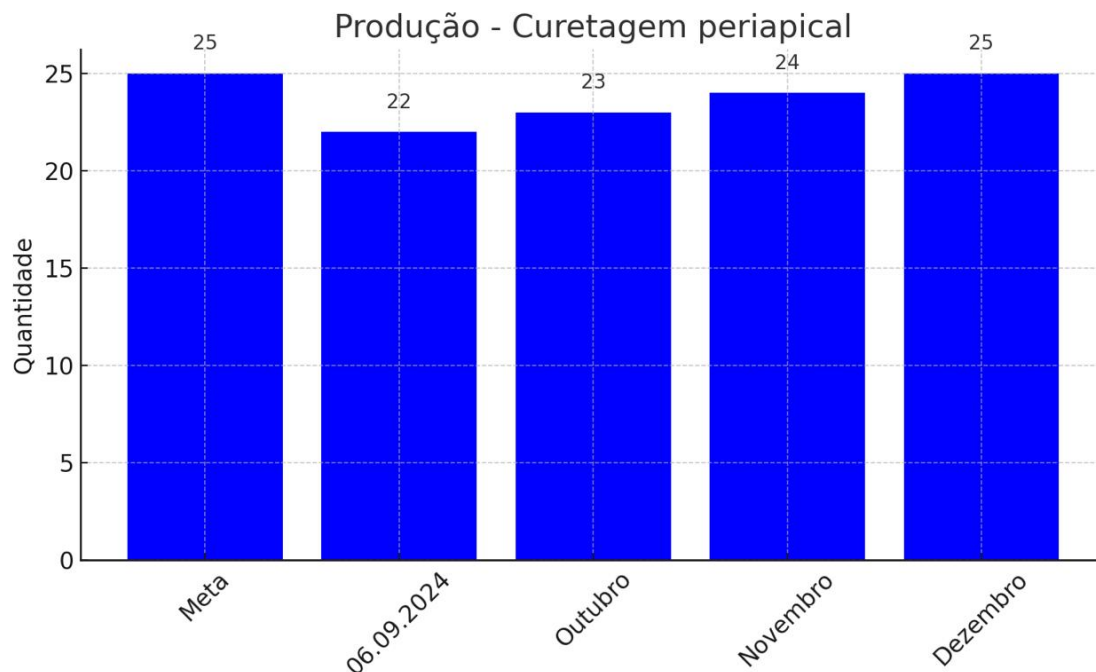
A redução de luxação temporomandibular (ATM) é um procedimento de urgência executado quando há deslocamento da mandíbula fora da cavidade glenoide, exigindo intervenção imediata para reposicionamento da articulação. Apesar de sua relevância clínica, a baixa produção desse procedimento pode ser justificada por múltiplos fatores clínicos e operacionais, conforme orientações do Ministério da Saúde:

1. Baixa prevalência do agravo: A luxação da articulação temporomandibular é um evento relativamente raro na prática clínica, representando uma pequena proporção dos atendimentos de urgência odontológica. Fonte: Manual de Atendimento Odontológico de Urgência – MS.

2. Resolução em nível hospitalar em casos complexos: Muitas unidades, especialmente em municípios menores, optam por encaminhar pacientes com luxação mandibular recorrente ou traumática diretamente para pronto-socorro hospitalar, o que reduz o registro do procedimento na Atenção Especializada. Fonte: Rede de Atenção às Urgências – MS.

3. Frequente confusão com outros quadros clínicos: Muitas vezes, os casos de dor ou trismo mandibular são erroneamente classificados como disfunção temporomandibular e não como luxação, o que gera subnotificação. Fonte: Diretrizes Clínicas de Saúde Bucal – MS.

CURETAGEM PERIAPICAL



A curetagem periapical é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção de tecido patológico da região periapical de um dente, geralmente associado a cistos, granulomas ou abscessos crônicos. É uma abordagem complementar à cirurgia parendodôntica ou apicectomia. Sua baixa produção é esperada na maioria dos cenários, e pode ser justificada conforme as diretrizes do Ministério da Saúde:

1. Indicação clínica muito específica e prevalência reduzida: A curetagem periapical é indicada apenas em casos de infecção persistente após tratamento endodôntico convencional, o que reduz consideravelmente sua frequência nos atendimentos especializados. Fonte: Manual de Procedimentos Cirúrgicos Odontológicos – MS.

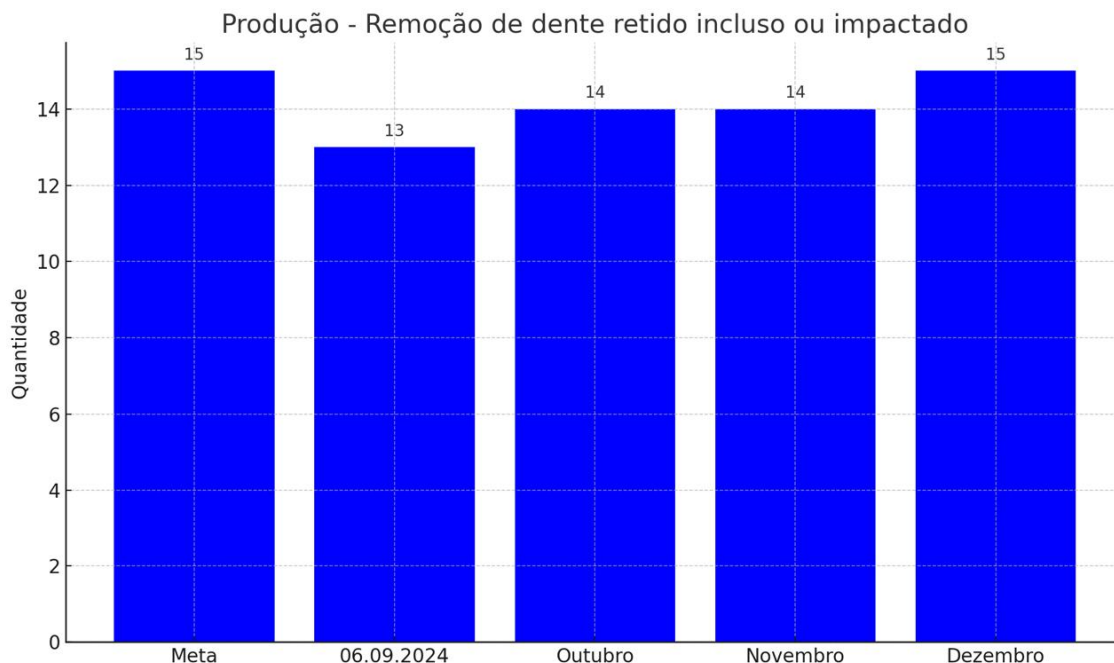
2. Necessidade de ambiente estruturado e controle rigoroso de biossegurança: Trata-se de um procedimento invasivo que exige estrutura física, instrumentação cirúrgica, anestesia local, e em alguns casos, sedação e suporte hospitalar. Muitas unidades especializadas ambulatoriais não têm estrutura adequada para realizar esse tipo de procedimento com segurança. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – MS.

3. Demanda espontânea muito baixa e dependente de falhas terapêuticas anteriores: Os casos que exigem curetagem periapical geralmente são encaminhados após falha em tratamentos convencionais, o que já limita sua ocorrência e, por consequência, a produção registrada. Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Odontológica Especializada – MS.

5. Encaminhamento hospitalar em casos de maior complexidade anatômica ou risco cirúrgico: Em situações com risco de comprometimento anatômico (proximidade com seio maxilar, canal mandibular ou comprometimento sistêmico do paciente), a curetagem é realizada

em ambiente hospitalar, fora da rede ambulatorial. Fonte: Linha de Cuidado em Saúde Bucal Especializada – MS, 2021.

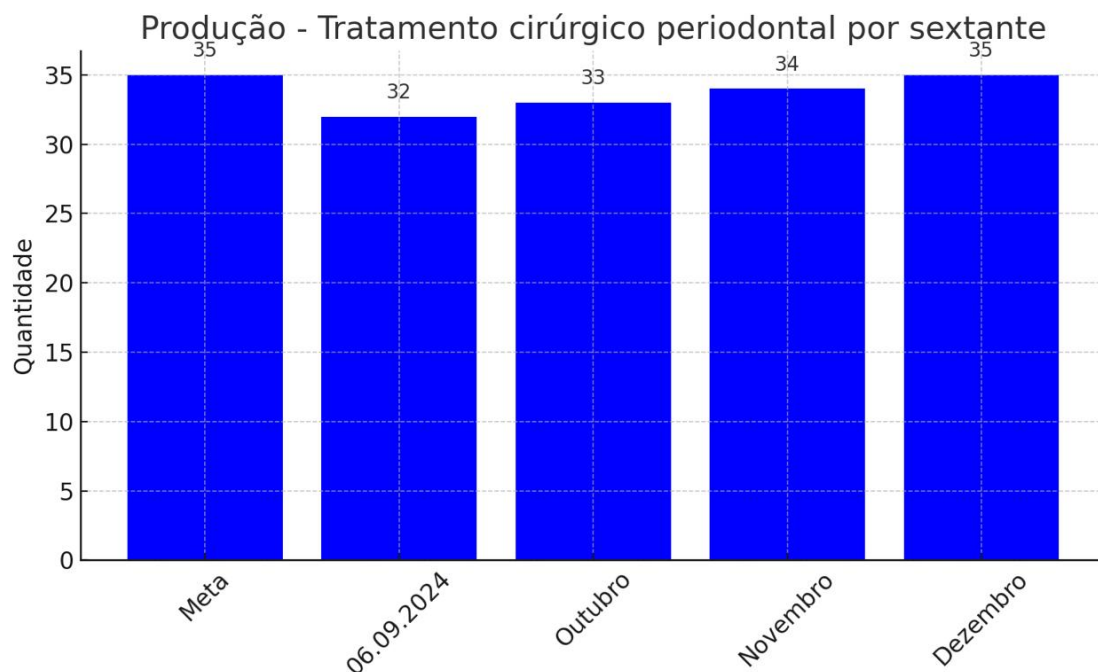
REMOÇÃO DE DENTE RETIDO INCLUSO OU IMPACTADO



A remoção de dentes retidos, inclusos ou impactados é um procedimento cirúrgico de maior complexidade, que exige conhecimento técnico especializado, ambiente estruturado e, em alguns casos, suporte hospitalar. Esse tipo de atendimento é predominantemente realizado na Atenção Especializada Odontológica, como nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ou por meio de encaminhamentos à rede hospitalar. A baixa produção pode ser explicada pelos seguintes fatores:

1. Indicação clínica restrita e demanda esporádica: Esse procedimento é indicado apenas em casos específicos, como retenção patológica, inflamações recorrentes, risco de reabsorção radicular ou preparo ortodôntico. A maioria dos dentes inclusos não exige remoção imediata, o que reduz a frequência da indicação. Fonte: Diretrizes Clínicas de Saúde Bucal – MS.
2. Encaminhamento direto para unidades hospitalares em casos complexos: Dentes inclusos em posição horizontal, próximos ao canal mandibular ou com risco sistêmico requerem ambiente hospitalar com suporte anestésico e clínico, o que retira esses procedimentos do escopo ambulatorial. Fonte: Rede de Atenção às Urgências – Saúde Bucal – MS.
3. Baixa procura espontânea por parte da população: Muitos usuários só buscam atendimento quando há dor ou infecção, e a maioria dos casos de dentes inclusos assintomáticos não gera demanda espontânea. Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.

TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)



O tratamento cirúrgico periodontal por sextante é um procedimento indicado em casos de periodontite moderada a severa, quando os tratamentos convencionais (como raspagem e alisamento subgingival) não são suficientes para o controle da doença. Por se tratar de uma intervenção invasiva, é realizada majoritariamente na Atenção Especializada Odontológica, especialmente por periodontistas em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A baixa produção desse procedimento pode ser justificada por diversos fatores:

1. Indicação clínica específica e baixa prevalência de casos com indicação cirúrgica: A maioria dos casos de doença periodontal pode ser controlada com medidas clínicas não invasivas. A cirurgia periodontal é indicada apenas em quadros mais avançados e refratários. Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, MS.

2. Tempo clínico elevado e múltiplas sessões por paciente: A abordagem cirúrgica por sextante exige planejamento detalhado, anestesia, sutura e controle pós-operatório, o que consome mais tempo clínico e reduz o número de procedimentos realizados por período. Fonte: Diretrizes Clínicas da Saúde Bucal – MS, 2020.

3. Baixa adesão dos pacientes aos tratamentos periodontais avançados: Muitos usuários abandonam o tratamento após as fases iniciais ou têm resistência em realizar procedimentos cirúrgicos, especialmente por medo, falta de informação ou por dificuldades em retornar às consultas. Fonte: Relatório de Gestão de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, MS.



ANDRE PAIVA

Gerente de Atenção Básica

COREN-SP: 322.256

ROSA MARIA FREITAS GROENWALD

Diretora Atenção Básica