

# Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012

*Organization of dental health care in a region of the state of São Paulo based on PMAQ-AB External Evaluation, 2012*

Lucila Brandão Hirooka,<sup>1</sup> Guilherme Vinícius Catanante,<sup>1</sup> Hélio Souza Porto,<sup>1</sup> Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

• Os autores declaram que não há conflito de interesse.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a organização da saúde bucal de uma região do estado de São Paulo, buscando dar maior visibilidade a alguns aspectos como infraestrutura, processos e percepção dos seus usuários. **Material e Métodos:** foram analisados os Módulos I, II e III do banco de dados proveniente do instrumento de coleta da fase de Avaliação Externa do 1º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado em 2012. **Resultados:** as unidades de saúde deste estudo funcionavam, em sua maioria, nos turnos manhã e tarde (88%), durante cinco dias da semana (99%). No acompanhamento das gestantes, apenas 35% das equipes registravam consultas odontológicas. Das equipes de saúde com acolhimento implantado, 58% contavam com a participação de algum integrante da equipe de saúde bucal. A maioria das equipes possuía equipamentos e insumos odontológicos, bem como ofertavam procedimentos básicos de saúde bucal (89%), com exceção dos referentes à prótese dentária. Somente 29% dos usuários entrevistados referiram conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista na unidade de saúde. **Conclusão:** apesar da disponibilidade estrutural, observa-se a fragilidade da integralidade do cuidado dada à incipiência de um trabalho multiprofissional e a existência de barreiras ao acesso dos usuários, que apontam para a necessidade de reorganização do processo de trabalho e superação do modelo centrado em práticas curativas.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Saúde bucal; Serviços de saúde bucal.

## ABSTRACT

**Objective:** this study aimed to analyze the characteristics of dental health care in a region of the São Paulo state, seeking to provide a better visibility of the organizational characteristics for its infrastructure, processes, and perception of its users. **Material and Methods:** modules I, II, and III of the database concerning to External Evaluation of the first cycle of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, carried out in 2012, were analyzed.

**Results:** the health units of this study operated, mostly, in the morning and afternoon shifts (88%), for 5 days in a week (99%). In the prenatal care, only 35% of the basic attention teams had dental health appointments. Of the teams with "receptiveness" implanted, 58% included participation of few members from the oral health team. A majority of the teams had dental equipment and supplies, and they performed basic oral health procedures (89%), except those for dental prostheses. Only 29% of the interviewed users could manage an appointment with the dental surgeon at the health unit. **Conclusion:** despite the structural availability, the outcome shows weakness in comprehensive care considering the paucity of multidisciplinary work and the existence of barriers for user access, pointing toward the need to organize the work process and overcome the model directed toward the curative practices.

**Keywords:** Primary health care; Health evaluation; Dental health services; Oral health.

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pelos princípios e diretrizes de universalidade e integralidade da atenção, descentralização político-administrativa e controle social.<sup>1,2</sup>

Nos anos 90, em um contexto de avanços na implementação do SUS, a saúde bucal não teve destaque na agenda federal da saúde, havendo poucas mudanças e baixa prioridade das políticas públicas para a área.<sup>3</sup> A incorporação oficial da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família ocorreu tardiamente, sendo que apenas em 2003 o Ministério da Saúde (MS) reajustou os incentivos financeiros e permitiu a relação de implantação de uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada equipe de saúde da família.<sup>4</sup>

Frente ao quadro de desassistência revelado pelo Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal de 2003,<sup>5</sup> o MS publicou, em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).<sup>6</sup> As principais linhas de ação são a reorganização da atenção básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada por meio da implantação de

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.<sup>7</sup>

A incorporação das ESB na Estratégia Saúde da Família e a PNSB impulsionaram significantes avanços nas ações de saúde bucal no âmbito do SUS.<sup>7,8</sup> Além da expansão do número de equipes, na ampliação do acesso a serviços especializados e no maior aporte de recursos federais para a área, a reorganização das ações em saúde bucal tem sido vista como a possibilidade de ruptura com os históricos modelos de atenção baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, por meio da reorientação do processo de trabalho.<sup>8-10</sup>

Estudos apontam avanços relacionados à ampliação do acesso, da oferta de procedimentos preventivos e na satisfação dos usuários.<sup>10-13</sup> Entretanto os trabalhos apontam a existência de grandes desafios e barreiras a romper para que o funcionamento do serviço de saúde bucal possa apresentar avanços reais, relacionados com a formação profissional, trabalho em equipe, falta de formação continuada, precarização das relações de trabalho, predominância de ações curativas, entre outras.<sup>10-15</sup>

A diversidade existente no país e a ampliação da saúde bucal apontam para necessidade de estudos que investiguem

como se formulam e se instalam as práticas de saúde bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os autores envolvidos estabelecem suas ações e as compreendem.<sup>10</sup> Nesse contexto, ressalta-se a importância da avaliação na área da saúde, que tem apresentado o propósito, dentre outros, de dar suporte aos processos decisórios, identificar problemas e reorientar ações e serviços desenvolvidos.<sup>16</sup>

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pelo MS em 2011 alinha-se ao esforço de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB) e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais a ela direcionadas. Foi estruturado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. O êxito desse programa está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente.<sup>17</sup>

O objetivo deste estudo é analisar a organização da saúde bucal de uma região do estado de São Paulo, buscando dar maior visibilidade a alguns aspectos como infraestrutura, processos e percepção dos seus usuários, valendo-se da Avaliação Externa realizada junto às ESB participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB, na expectativa de contribuir para o fortalecimento e consolidação da PNSB no âmbito do SUS e para a construção de uma cultura avaliativa, ainda incipiente na área da saúde em nosso país.

## Material e Métodos

O estudo abrange a Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13) do estado de São Paulo, composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Barretos (DRS V), Araquara (DRS III), Franca (DRS VIII) e Ribeirão Preto (DRS XIII). Os DRS são estruturas administrativas regionais da Secretaria de Estado da Saúde e nessa região envolvem 90 municípios e uma população total de 3.307.320 habitantes.<sup>18</sup>

Trata-se de um estudo transversal, em que se analisou o banco de dados disponibilizado pelo MS no ano de 2014, proveniente do instrumento de coleta da fase de Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ-AB, aplicado em 2012. A fase de Avaliação Externa inclui um conjunto de ações direcionadas para a averiguação das condições de acesso e de qualidade das equipes de AB participantes, podendo ser configuradas como equipes de saúde da família ou parametrizadas, sendo estas definidas de acordo com critérios estabelecidos pelo programa, que consideram núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.<sup>17</sup>

Na RRAS 13 a avaliação externa foi conduzida por uma equipe previamente treinada, composta por pesquisadores/professores da Universidade de São Paulo (USP), que no estado compõem a rede colaborativa coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.<sup>19</sup>

O instrumento de coleta está organizado em Módulos e possui padrões de qualidade que abarcam aspectos importan-

tes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica.<sup>20</sup>

O Módulo I (Observação na Unidade Básica de Saúde) objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos. Neste estudo foram analisadas as subdimensões: Horário de funcionamento da unidade de saúde, Equipamentos e materiais de Odontologia e Insumos para atenção odontológica, das 109 unidades de saúde de 40 municípios da RRAS 13, que possuíam Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal e aderiam ao PMAQ-AB.

O Módulo II (Entrevista com o profissional da equipe de saúde e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde) volta-se a obter informações sobre o processo de trabalho das equipes contratualizadas. Para a adesão ao 1º ciclo, cada município poderia aderir o equivalente a 50% de suas equipes e, caso configurada como Equipe de Atenção Básica com Saúde Bucal, a adesão da ESB foi automática/compulsória.<sup>21</sup> Para este estudo, foram analisadas as subdimensões: Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica; Apoio matricial à equipe de atenção básica; Acolhimento à demanda espontânea; Organização da agenda; Atenção ao pré-natal, parto e puerpério; Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio; Programa Saúde na Escola; Atenção à saúde bucal; Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária, das 111 Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal contratualizadas da RRAS 13.

O Módulo III (Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde) visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Foram entrevistados quatro usuários por unidade contratualizada. Neste estudo foram analisadas as subdimensões Identificação do usuário e Saúde Bucal. Os dados deste estudo limitam-se às entrevistas dos 211 usuários que afirmaram conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista da unidade de saúde.

As variáveis analisadas de cada Módulo e subdimensões estão listadas nas tabelas de resultados correspondentes. As comparações, por Departamento Regional de Saúde (DRS), das variáveis quantitativas foram feitas por meio da análise de variância (ANOVA) e o pós-teste de Tukey para as comparações múltiplas. As associações entre as variáveis qualitativas foram feitas por meio do teste exato de Fisher. Para todas as comparações foi adotado um nível de significância de 5%. As análises foram feitas com o auxílio do software R, versão 3.2.1 e SAS 9.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (parecer nº 1.332.686 de 23 de novembro de 2015; CAEE 47995115.7.0000.5440).

## Resultados

Nas avaliações externas do 1º ciclo do PMAQ, o módulo I foi aplicado, como censo, a todas as Unidades Básicas de Saúde do Brasil, independente da adesão ao programa.<sup>22</sup> No estado de São Paulo, o Módulo I foi aplicado em 4.249 unidades de saúde com 6.068 equipes de saúde de 644 dos 645 municípios, sendo a saúde bucal presente em 2.377 uni-

dades, com 3.127 equipes de 553 municípios. Aderiram ao PMAQ 1.419 unidades de saúde com 2.285 equipes de saúde de 413 municípios, sendo a saúde bucal presente em 962 unidades com 1.222 equipes de 333 municípios.

Nos 90 municípios da RRAS 13, o módulo I foi aplicado em 487 unidades de saúde com 547 Equipes de Atenção Básica, sendo a saúde bucal presente em 292 unidades de 74 municípios, com 323 equipes de saúde bucal. Aderiram ao PMAQ 166 unidades de saúde com 180 equipes de saúde de 56 municípios, com a saúde bucal presente em 109 unidades de 40 municípios, com 111 equipes, sendo que destas, 109 eram equipes de Saúde da Família com saúde bucal e apenas duas (2%), uma do DRS III e uma do DRS V, eram equipes parametrizadas.

Desta forma, as unidades de saúde com saúde bucal deste estudo (n = 109) correspondem a 4% do estado e a 37% da RRAS 13 e as equipes de Atenção Básica com saúde bucal (n = 111) a 3% do estado e a 34% da RRAS 13. Outros resulta-

dos são apresentados de acordo com os módulos adotados para a Avaliação Externa.

### Módulo I - Infraestrutura, Materiais, Insumos e Medicamentos

As unidades de saúde deste estudo funcionavam, em sua maioria, nos turnos manhã e tarde (88%), durante cinco dias da semana (99%) (Tabela 1). A maior parte apresentou disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção do item autoclave exclusiva para Odontologia, que, de forma geral, não era disponível em 54% unidades. Quanto aos insumos, apesar da disponibilidade para a maioria, a quantidade de anestésicos (p < 0,01) e cimentos diversos (p = 0,02) não era suficiente em, respectivamente, 28% e 24% das unidades do DRS XIII (Tabela 1).

**Tabela 1.** Módulo I: Horário de funcionamento, equipamentos, materiais e insumos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ

	DRS				RRAS 13	Valor-p
	III	V	VIII	XIII		
<b>Horário de funcionamento da unidade de saúde</b>						
<b>Quais os turnos de atendimento?</b>						0,27
Manhã	0	0	0	1 (4%)	1(0,93%)	
Manhã e tarde	42 (91,3%)	22 (95,65%)	13 (86,67%)	19 (76%)	96 (88,08%)	
Manhã, tarde e noite	4 (8,7%)	1 (4,35%)	2 (13,33%)	5 (20%)	12 (11%)	
<b>Esta unidade funciona quantos dias na semana?*</b>						0,99
5 dias	44 (97,78%)	20 (100%)	11 (100%)	25 (100%)	100 (99%)	
7 dias	1 (2,22%)	0	0	0	1 (1%)	
<b>Equipamentos e materiais de odontologia</b>						
<b>A equipe possui em condições de uso:</b>						
Amalgamador	44 (95,65%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	107 (98,17%)	0,62
Cadeira odontológica	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)	-
Compressor de ar com válvula de segurança	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)	-
Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	44 (95,65%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	107 (98,17%)	0,62
Fotopolimerizador	45 (97,83%)	23 (100%)	14 (93,33%)	25 (100%)	107 (98,17%)	0,45
Mocho odontológico	45 (97,83%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	108 (99,08%)	
Refletor	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)	-
Unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal de sugador	44 (95,65%)	23 (100%)	14 (93,33%)	25 (100%)	106 (97,25%)	0,48
Autoclave para odontologia	20 (43,48%)	16 (69,57%)	9 (60%)	14 (56%)	59 (54,13%)	0,22
<b>Insumos para a atenção odontológica</b>						
<b>A equipe possui em quantidade suficiente:</b>						
Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	34 (73,91%)	19 (82,61%)	14 (93,33%)	19 (76%)	86 (78,89%)	0,43
Cimentos diversos	41 (89,13%)	23 (100%)	15 (100%)	19 (76%)	98 (89,9%)	0,02
Fios de sutura odontológica	41 (89,13%)	23 (100%)	15 (100%)	22 (88%)	101 (92,66%)	0,22
Selantes	38 (82,61%)	20 (86,96%)	14 (93,33%)	15 (60%)	87 (79,82%)	0,04
Anestésicos	44 (95,65%)	23 (100%)	15 (100%)	18 (72%)	100 (91,74%)	<0,01
Resinas fotopolimerizáveis	40 (86,96%)	23 (100%)	15 (100%)	23 (92%)	101 (92,66%)	0,17
<i>A equipe possui todos os equipamentos, materiais e insumos relacionados</i>	13 (28,26%)	13 (56,52%)	7 (46,67%)	5 (20%)	38 (34,86%)	0,03

\* Análise considerando apenas as unidades que responderam a questão

## Módulo II - processo de trabalho das equipes

Ao analisar as modalidades das ESB deste estudo por meio da variável “Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica”, observa-se predomínio de equipes modalidade I em todos os DRS, enquanto apenas 2% eram modalidade de II e 7% eram compostas de CD e TSB. Os resultados mostram ainda que 7 equipes do DRS III (15%) e 1 equipe (4%) do DRS XIII eram compostas apenas por cirurgiões-dentistas (Tabela 2).

Tabela 2. Módulo II: Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ

	DRS				RRAS 13	Valor-p
	III	V	VIII	XIII		
<b>Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica</b>						
<b>Qual tipo desta equipe?</b>						0,8
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal	45 (97,83%)	22 (95,65%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,20%)	
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	1 (2,17%)	1 (4,35%)	0	0	2 (1,80%)	
<b>Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica</b>						0,01
CD	7 (15,22%)	0	0	1 (3,7%)	8 (7,21%)	
CD+ASB	36 (78,28%)	21 (91,3%)	11 (73,33%)	25 (95,59%)	93 (83,78%)	
CD+ASB+TSB	0	1 (4,35%)	0	1 (3,7%)	2 (1,8%)	
CD+TSB	3 (6,52%)	1 (4,35%)	4 (26,67%)	0	8 (7,21%)	
<b>Apoio matricial à equipe de atenção básica</b>						
<b>A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais</b>	44 (95,65%)	18 (78,26%)	15 (100%)	24 (88,89%)	101 (90,99%)	0,07
Periodontista	21 (47,73%)	11 (61,11%)	12 (80%)	15 (62,5%)	59 (58,42%)	0,17
Endodontista	21 (47,73%)	11 (61,11%)	14 (93,33%)	17 (70,83%)	63 (62,38%)	<0,01
Protesista	18 (40,91%)	10 (55,56%)	14 (93,33%)	16 (66,67%)	58 (57,43%)	<0,01
Estomatologista	12 (27,27%)	11 (61,11%)	7 (46,67%)	10 (41,67%)	40 (36,60%)	<0,01
Outras especialidades odontológicas	17 (38,64%)	4 (22,22%)	0	1 (4,17%)	22 (21,78%)	<0,01
<i>As equipes matriciadas recebem apoio de alguma especialidade odontológica</i>	44 (100%)	18 (100%)	15 (100%)	24 (100%)	101 (100%)	-
<b>Acolhimento à demanda espontânea</b>						
<b>Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?*</b>	46 (100%)	22 (95,65%)	12 (80%)	26 (96,3%)	106 (95,49%)	0,01
<b>Quais profissionais participam do acolhimento?</b>						
Cirurgião-dentista	27 (58,7%)	16 (72,73%)	1 (8,33%)	13 (50%)	57 (53,77%)	<0,01
ASB e/ou TSB	26 (56,52%)	13 (59,09%)	1 (8,33%)	15 (57,69%)	55 (51,88%)	0,01
<i>Algum integrante da equipe de saúde bucal participa do acolhimento</i>	28 (60,87%)	17 (77,27%)	1 (8,33%)	16 (61,54%)	62 (58,49%)	<0,01
<b>Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: Marca usuários na agenda do dentista</b>	34 (73,91%)	20 (90,91%)	12 (100%)	25 (96,15%)	91 (85,84%)	0,02
<b>Organização da agenda</b>						
<b>A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe?*</b>	29 (63,04%)	20 (86,96%)	13 (86,67%)	13 (48,16%)	75 (67,57%)	<0,01
<b>Indique os profissionais que utilizam agenda compartilhada: CD, ASB e/ou TSB</b>	22 (75,86%)	16 (80%)	9 (69,23%)	9 (69,23%)	56 (74,67%)	0,89
<b>Atenção ao pré-natal, parto e puerpério</b>						
<b>No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Consulta odontológica da gestante</b>	24 (52,17%)	5 (21,74%)	1 (6,67%)	9 (33,33%)	39 (35,13%)	<0,01
<b>Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio</b>						
<b>A equipe realiza visita domiciliar?*</b>	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	111 (100%)	
<b>Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?</b>						
Cirurgião-dentista	39 (84,78%)	17 (73,91%)	10 (66,67%)	15 (55,56%)	81 (72,97%)	0,05
Técnico/auxiliar de saúde bucal	32 (69,57%)	11 (47,83%)	9 (60%)	8 (29,63%)	60 (54,05%)	<0,01
<i>Algum profissional da equipe de saúde bucal?</i>	39 (84,78%)	17 (73,91%)	11 (73,33%)	15 (55,56%)	82 (73,87%)	0,06

Continua na página seguinte

<b>Programa Saúde na Escola</b>						
<b>A equipe realiza atividades na escola?*</b>	37 (80,43%)	14 (60,87%)	11 (73,33%)	20 (74,07%)	82 (73,87%)	0,38
<b>Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza? Avaliação de saúde bucal</b>	27 (72,97%)	14 (100%)	6 (54,55%)	16 (80%)	63 (76,83%)	0,03

\* Questões critério para abertura do bloco

Ao serem questionadas sobre o matriciamento, 91% das equipes afirmaram receber apoio de outros profissionais de pelo menos uma especialidade odontológica (Tabela 2).

O acolhimento encontrou-se implantado em 106 (95%) equipes de saúde, sendo que em 91 (86%) destas era possível marcar pacientes na agenda do cirurgião-dentista e apenas 58% das equipes contavam com a participação de algum integrante da saúde bucal, sendo que no DRS VIII esta participação foi em apenas 8% das 26 equipes com acolhimento implantado ( $p < 0,01$ ) (Tabela 2). Entretanto, 104 (94%) equipes afirmaram existir acolhimento específico à demanda espontânea para a saúde bucal, realizado por profissionais dessa área, sendo que 41% utilizam um protocolo específico (Tabela 3).

**Tabela 3.** Módulo II: Processo de trabalho em Saúde Bucal das equipes de Atenção Básica dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ

	DRS				RRAS 13	Valor-p
	III	V	VIII	XIII		
<b>Atenção à saúde bucal</b>						
<b>Como são agendadas as consultas em saúde bucal?</b>						0,62
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	31 (67,39%)	19 (82,61%)	10 (66,67%)	18 (66,67%)	78 (70,27%)	
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos	6 (13,04%)	2 (8,7%)	3 (20%)	5 (18,52%)	16 (14,41%)	
Dias específicos fixos em até três dias na semana	1 (2,17%)	1 (4,35%)	2 (13,33%)	1 (3,7%)	5 (4,51%)	
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	1 (2,17%)	0	0	0	1 (0,9%)	
Outro(s)	7 (15,22%)	1 (4,35%)	0	3 (11,11%)	11 (9,91%)	
<b>A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como:</b>						
Aplicação de selante	43 (93,48%)	23 (100%)	13(86,67%)	25 (92,59%)	104 (93,69%)	0,39
Aplicação tópica de flúor	43 (93,48%)	23 (100%)	14 (93,33%)	27 (100%)	107 (96,39%)	0,31
Restauração de amálgama	43 (93,48%)	23 (100%)	14 (93,33%)	27 (100%)	107 (96,39%)	0,31
Restauração de resina composta	44 (95,65%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,19%)	0,62
Exodontia	45 (97,83%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	110 (99,09%)	0,99
Selamento provisório de cavidade dentária	45 (97,83%)	23 (100%)	14 (93,33%)	27 (100%)	109 (98,19%)	0,45
Curativo de demora (saneamento dentário)	44 (95,65%)	23 (100%)	15 (100%)	26 (96,3%)	10(97,29%)	0,87
Drenagem de abscesso dentoalveolar	45 (97,83%)	22 (95,65%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,19%)	0,80
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais	45 (97,83%)	23 (100%)	14 (93,33%)	26 (96,3%)	108 (97,29%)	0,64
<i>A equipe realiza todos os procedimentos relacionados no PMAQ?</i>	41 (89,13%)	22 (95,65%)	12 (80%)	24 (88,89%)	99 (89,18%)	0,53
<b>Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?</b>	43 (93,48%)	23 (100%)	12 (80%)	26 (96,3%)	104 (93,69%)	0,10
<b>O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?</b>	44 (95,65%)	22 (95,65%)	13 (86,67%)	26 (96,3%)	105 (94,59%)	0,58
<b>A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?*</b>	23 (50%)	16 (69,57%)	4 (26,67%)	3 (11,11%)	46 (41,44%)	<0,01
<b>A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento?*</b>	42 (91,3%)	20 (86,96%)	15 (100%)	27 (100%)	104 (93,69%)	0,18
<b>A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?</b>	45 (97,83%)	21 (91,3%)	14 (93,33%)	27 (100%)	107 (96,39%)	0,27
<b>A equipe comprova que registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?*</b>	24 (52,17%)	13 (56,52%)	5 (33,33%)	14 (51,85%)	56 (50,45%)	0,55

\*Análise considerando apenas as afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

\*\*Análise considerando apenas as equipes que afirmaram registrar e acompanhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca

Apenas 67% das equipes de saúde afirmaram possuir agenda compartilhada, sendo que destas, 74% (n = 56) são utilizadas em conjunto com a equipe de saúde bucal. O agendamento das consultas em saúde bucal era realizado sem restrição de dia ou horário em 70% das ESB, chegando a 83% no DRS V. A maior parte das equipes (95%) afirmou realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento, com oferta definida a partir do risco identificado (92%) (Tabela 3).

Em relação ao pré-natal, apenas uma (7%) das equipes do DRS VIII registrou a consulta odontológica da gestante, chegando até 52% das equipes do DRS III (p < 0,01). A participação da ESB no cuidado domiciliar também foi pouca (74%), sendo que no DRS XIII apenas 30% dos ASB ou TSB realizavam o cuidado domiciliar (p < 0,01) (Tabela 2). Cerca

de 74% das equipes de saúde afirmaram realizar atividades na escola, sendo que 55% das equipes do DRS VIII realizavam avaliação clínica de saúde bucal (p = 0,03) (Tabela 2). Em contrapartida, os procedimentos clínicos listados no PMAQ-AB são realizados pela maior parte das equipes (89%) (Tabela 3).

Apesar da maioria das equipes realizar campanhas e encaminhamento de casos suspeitos de câncer de boca (96%), afirmar a existência de protocolo que define fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca (76%) e possuir referência para estomatologista (71%), apenas 50% comprovaram registrar e acompanhar os casos. Chama a atenção também que somente 21% das equipes do DRS III afirmaram que não houve encaminhamento (p = 0,02) (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 4.** Módulo II: Referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária das equipes de Saúde Bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ

	DRS				RRAS 13	Valor-p
	III	V	VIII	XIII		
<b>Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária</b>						
<b>Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?</b>	37 (80,43%)	13 (56,52%)	10 (66,67%)	21 (77,78%)	81 (72,97%)	0,18
<b>Número de especialidades odontológicas referência</b>				0,25		
0	0	0	2 (13,33%)	1 (3,7%)	3 (2,7%)	
1 a 2	3 (6,52%)	2 (8,7%)	1 (6,67%)	2 (7,41%)	8 (7,21%)	
3	2 (4,35%)	3 (13,04%)	3 (20%)	2 (7,41%)	10 (9,01%)	
4 a 6	38 (82,61%)	15 (65,22%)	9 (60%)	19 (70,37%)	81 (72,97%)	
7 ou mais	3 (6,52%)	3 (13,04%)	0	3 (11,11%)	9 (8,11%)	
<b>O município possui referência para endodontista</b>	45 (97,83%)	23 (100%)	14 (93,33%)	26 (96,3%)	108 (97,3%)	0,64
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<0,01
1 a 15 dias	1 (3,13%)	9 (40,91%)	9 (64,29%)	2 (7,69%)	21 (22,34%)	
16 a 30 dias	11 (34,38%)	10 (45,45%)	0	11 (42,31%)	32 (34,04%)	
31 a 90 dias	12 (37,5%)	2 (9,09%)	0	5 (19,23%)	19 (20,21%)	
91 a 364 dias	1 (3,13%)	1 (4,55%)	3 (21,43%)	7 (26,92%)	12 (12,77%)	
365 ou mais	4 (12,5%)	0	1 (7,14%)	1 (3,85%)	6 (6,38%)	
Não houve encaminhamento	3 (9,38%)	0	1 (7,14%)	0	4 (4,26%)	
<b>O município possui referência para periodontista</b>	44 (95,65%)	16 (69,57%)	13 (86,67%)	25 (92,59%)	98 (88,29%)	0,02
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<0,01
1 a 15 dias	8 (22,86%)	6 (37,5%)	6 (46,15%)	7 (28%)	27 (30,34%)	
16 a 30 dias	9 (25,71%)	9 (56,25%)	3 (23,08%)	4 (16%)	25 (28,09%)	
31 a 90 dias	7 (20%)	0	2 (15,38%)	9 (36%)	18 (20,22%)	
91 a 364 dias	1 (2,86%)	0	2 (15,38%)	5 (20%)	8 (8,99%)	
365 ou mais	2 (5,71%)	0	0	0	2 (2,25%)	
Não houve encaminhamento	8 (22,86%)	1 (6,25%)	0	0	9 (10,11%)	
<b>O município possui referência para BMF</b>	39 (84,78%)	22 (95,65%)	11 (73,33%)	25 (92,59%)	97 (87,39%)	0,18
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<0,01
1 a 15 dias	2 (5,56%)	11 (52,38%)	9 (90%)	9 (36%)	31 (33,70%)	
16 a 30 dias	13 (36,11%)	7 (33,33%)	1 (10%)	8 (32%)	29 (31,52%)	

Continua na página seguinte

31 a 90 dias	6 (16,67%)	2 (9,52%)	0	3 (12%)	11 (11,96%)	
91 a 364 dias	5 (13,89%)	0	0	4 (16%)	9 (9,78%)	
365 ou mais	0	0	0	1 (4%)	1 (0,09%)	
Não houve encaminhamento	10 (27,78%)	1 (4,76%)	0	0	11 (11,96%)	
<b>O município possui referência para estomatologista</b>	<b>37 (80,43%)</b>	<b>15 (65,22%)</b>	<b>8 (53,33%)</b>	<b>19 (70,37%)</b>	<b>79 (71,17%)</b>	<b>0,20</b>
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<b>0,02</b>
1 a 15 dias	14 (42,42%)	12 (85,71%)	7 (100%)	11 (61,11%)	44 (61,11%)	
16 a 30 dias	11 (33,33%)	2 (14,29%)	0	5 (27,78%)	18 (25%)	
31 a 90 dias	1 (3,03%)	0	0	2 (11,11%)	3 (0,17%)	
Não houve encaminhamento	7 (21,21%)	0	0	0	7 (9,72%)	
<b>O município possui referência para ortodontista</b>	<b>15 (32,61%)</b>	<b>5 (21,74%)</b>	<b>0</b>	<b>1 (3,7%)</b>	<b>21 (18,92%)</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<b>0,23</b>
1 a 15 dias	0	1 (20%)	0	0	1 (0,55%)	
16 a 30 dias	4 (33,33%)	1 (20%)	0	0	5 (2,78%)	
91 a 364 dias	1 (8,33%)	0	0	1 (100%)	2 (1,11%)	
Não houve encaminhamento	7 (58,33%)	3 (60%)	0	0	10 (5,56%)	
<b>O município possui referência para implatodontista</b>	<b>9 (19,57%)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 (8,11%)</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						
16 a 30 dias	1 (12,5%)	0	0	0	1 (12,5%)	
Não houve encaminhamento	7 (87,5%)	0	0	0	7 (87,5%)	
<b>O município possui referência para radiologista</b>	<b>25 (54,35%)</b>	<b>6 (26,09%)</b>	<b>9 (60%)</b>	<b>14 (51,85%)</b>	<b>54 (48,65%)</b>	<b>0,10</b>
<b>Tempo de espera pelo atendimento*</b>						<b>0,36</b>
1 a 15 dias	14 (58,33%)	4 (66,67%)	8 (88,89%)	8 (57,14%)	34 (64,15%)	
16 a 30 dias	4 (16,67%)	0	0	5 (35,71%)	9 (16,98%)	
31 a 90 dias	1 (4,17%)	0	0	0	1 (0,189%)	
Não houve encaminhamento	5 (20,83%)	2 (33,33%)	1 (11,11%)	1 (7,14%)	9 (16,98%)	
<b>Existem protocolos que definem fluxos para:</b>						
Solicitação de próteses a partir da UBS	33 (71,74%)	17 (73,91%)	11 (73,33%)	18 (66,67%)	79 (71,17%)	0,95
Referência e contrarreferência de usuários para o CEO ou outro serviço especializado	34 (73,91%)	21 (91,3%)	11 (73,33%)	21 (77,78%)	87 (78,38%)	0,37
Fluxos para usuários com suspeita de câncer de boca	32 (69,57%)	19 (82,61%)	10 (66,67%)	23 (85,19%)	84 (75,68%)	0,34
Atendimento portadores de necessidade especiais	26 (56,52%)	18 (78,26%)	13 (86,67%)	19 (70,37%)	76 (68,47%)	0,10
<b>A equipe promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária</b>	<b>36 (78,26%)</b>	<b>22 (95,65%)</b>	<b>9 (60%)</b>	<b>23 (85,19%)</b>	<b>90 (81,08%)</b>	<b>0,04</b>
<b>A equipe de saúde bucal realiza a moldagem da prótese dentária na unidade de saúde**</b>	<b>3 (6,52%)</b>	<b>2 (8,7%)</b>	<b>1 (6,67%)</b>	<b>0</b>	<b>6 (05,41%)</b>	<b>0,50</b>
<b>A equipe possui referência para protesista</b>	<b>32 (69,57%)</b>	<b>17 (73,91%)</b>	<b>10 (66,67%)</b>	<b>22 (81,48%)</b>	<b>81 (72,97%)</b>	<b>0,68</b>
<b>A equipe realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário**</b>	<b>4 (8,69%)</b>	<b>3 (13,04%)</b>	<b>1 (6,67%)</b>	<b>4 (14,81%)</b>	<b>12 (11,01%)</b>	<b>0,64</b>
<b>Existe LRPD no município</b>	<b>21 (45,65%)</b>	<b>13 (56,52%)</b>	<b>4 (26,67%)</b>	<b>17 (62,96%)</b>	<b>55 (49,55%)</b>	<b>0,13</b>
<b>Tipo de prótese realizada no laboratório***</b>						<b>0,03</b>
PT, PPR e PF	1 (4,76%)	1 (7,69%)	3 (75%)	2 (11,76%)	7 (12,73%)	
PT e PPR	12 (57,14%)	9 (69,23%)	1 (25%)	6 (35,29%)	28 (50,91%)	
PT	8 (38,1%)	3 (23,08%)	0	9 (52,94%)	20 (36,36%)	

\*Análise considerando apenas as respostas em dias das equipes que afirmaram possuir referência para a especialidade.

\*\*Análise considerando apenas afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação.

\*\*\*Análise considerando apenas as respostas das equipes que responderam existir laboratório de prótese no município.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) existia como referência para 73% das equipes. No entanto, apenas três equipes, sendo uma do DRS XIII e duas do DRS VIII responderam não ter referência para nenhuma especialidade odontológica (Tabela 4).

A maior parte das ESB (73%) possuía referência para quatro a seis especialidades odontológicas e 78% responderam existir protocolo que define fluxo para referência e contra referência para o serviço especializado. Poucas responderam ter referência para ortodontia e implantodontia, sendo este último referência apenas para algumas equipes do DRS III ( $p < 0,01$ ) (Tabela 4).

A realização de próteses dentárias continua como referência para maior parte das ESB (73%), sendo que 71% afirmaram existir protocolo que define fluxo para solicitação de próteses a partir da unidade de saúde. Apenas 5% das equipes realizavam moldagem de prótese na unidade de saúde e cerca de 11% realizam a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário. Menos da metade das equipes responderam existir laboratório de prótese no município, sendo que

destes, apenas 13% realizam prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa (Tabela 4).

### Módulo III - Satisfação e Percepção dos Usuários Quanto aos Serviços de Saúde

Houve 717 usuários entrevistados na RRAS 13 pelo PMAQ-AB dos quais 211 (29%) responderam conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista na unidade de saúde onde foram entrevistados. Destes, a maioria eram mulheres (81%), com idade média de 39 anos; 48% se declararam de cor ou raça branca; 20% eram aposentados e 34% possuíam trabalho remunerado. A renda média familiar para 66% foi de 1 a 3 salários mínimos e a escolaridade média, de 3 anos de estudo.

A maior parte dos usuários respondeu esperar de 2 a 5 dias para uma consulta com o cirurgião-dentista (46%), sendo que no DRS VIII 76% responderam aguardar até um dia, enquanto que este curto prazo foi respondido por apenas 5% dos usuários do DRS XIII ( $p < 0,01$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Módulo III: Percepção dos usuários quanto aos serviços de Saúde Bucal das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ

	DRS				RRAS 13	Valor-p
	III	V	VIII	XIII		
<b>Saúde Bucal</b>						
<b>Qual o tempo de espera para uma consulta?*</b>						<0,01
0 a 1 dia	19 (21,59%)	15 (34,09%)	19 (76%)	2 (5%)	55 (27,92%)	
2 a 15 dias	45 (51,14%)	24 (54,55%)	4 (16%)	17 (42,5%)	90 (45,69%)	
16 a 30 dias	21 (23,86%)	3 (6,82%)	2 (8%)	14 (35%)	40 (20,30%)	
Mais de 30 dias	3 (3,41%)	2 (4,55%)	0	7 (17,5%)	12 (06,09%)	
<b>O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?*</b>	66 (75%)	35 (87,5%)	22 (84,62%)	37 (72,55%)	160 (78,04%)	0,26
<b>Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente, etc.) o(a) senhor(a) procurou atendimento?</b>						<0,01
Sim	43 (47,78%)	11 (25%)	6 (23,08%)	17 (33,33%)	77 (36,49%)	
Não	24 (26,67%)	7 (15,91%)	14 (53,85%)	12 (23,53%)	57 (27,02%)	
Não teve problema de urgência	23 (25,56%)	26 (59,09%)	6 (23,08%)	22 (43,14%)	77 (36,49%)	
<b>Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?***</b>						0,52
Nesta unidade de saúde	39 (90,7%)	11 (100%)	5 (83,33%)	15 (88,24%)	70 (90,9%)	
Em outra unidade de saúde	2 (4,65%)	0	0	0	2 (02,6%)	
Hospital particular	0	0	0	1 (5,88%)	1 (01,3%)	
Consultório particular	1 (2,33%)	0	0	1 (5,88%)	2 (02,6%)	
Outros	1 (2,33%)	0	1 (16,67%)	0	2 (02,6%)	
<b>O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?****</b>	38 (97,44%)	9 (81,82%)	5 (100%)	10 (66,67%)	62 (88,57%)	<0,01
<b>Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?*****</b>						0,43

Continua na página seguinte



Porque não atende à urgência	1 (25%)	0	1 (100%)	0	2 (28,57%)	
Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	0	0	0	1 (50%)	1 (14,29%)	
Outro(s)	3 (75%)	0	0	1 (50%)	4 (57,14%)	
<b>Algum dentista disse que o(a) senhor(a) precisava usar dentadura?</b>						0,23
Sim	13 (14,44%)	10 (22,73%)	3 (11,54%)	13 (25,49%)	39 (18,48%)	
Não	77 (85,56%)	33 (75%)	23 (88,46%)	37 (72,55%)	170 (80,57%)	
Nunca fui ao dentista	0	1 (2,27%)	0	1 (1,96%)	2 (0,95%)	
<b>Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?*****</b>	13	10	3	13	39	0,16
Ainda não fiz	4 (30,77%)	2 (20%)	0	2 (15,38%)	8 (20,51%)	
Nesta unidade de saúde	1 (7,69%)	2 (20%)	3 (100%)	0	6 (15,39%)	
Em outra unidade de saúde	2 (15,38%)	1 (10%)	0	2 (15,38%)	5 (12,82%)	
Clínica particular ou Consultório particular	1 (7,69%)	3 (30%)	0	6 (46,15%)	10 (25,64%)	
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	2 (15,38%)	0	0	0	2 (5,13%)	
Consultório particular	2 (15,38%)	1 (10%)	0	2 (15,38%)	5 (12,82%)	
Serviço público de outro município	0	1 (10%)	0	0	1 (2,56%)	
Outro(s)	1 (7,69%)	0	0	1 (7,69%)	2 (5,13%)	

\*Análise desconsiderando as respostas "Não sabe/não respondeu"

\*\*Análise considerando apenas os usuários que responderam ter procurado atendimento na última vez que teve algum problema de urgência na boca

\*\*\*Análise considerando apenas os usuários que procuraram atendimento de urgência na unidade avaliada

\*\*\*\*Análise considerando apenas os usuários que não procuraram atendimento de urgência na unidade avaliada

\*\*\*\*\*Análise considerando apenas as respostas dos usuários que responderam que algum dentista disse precisava usar dentadura

Apesar de 94% das equipes referirem garantir agendamento para continuidade do tratamento (Tabela 3), 22% dos usuários respondeu sair da consulta sem retorno marcado (Tabela 5).

Dos 77 usuários que procuraram atendimento da última vez devido à urgência, 70 (91%) responderam fazê-lo na unidade de saúde avaliada, sendo 62 (89%) atendidos, após aguardarem em média 18 minutos (Tabela 5).

Dos 39 (18%) usuários que afirmaram indicação de dentadura por cirurgião-dentista, 8 (21%) ainda não haviam feito. Os 3 usuários respondentes do DRS VIII afirmaram ter feito na unidade avaliada. Observa-se que 48% (n = 15) fizeram em consultório ou clínica particular. Dos 14 usuários que fizeram a dentadura no serviço público (Tabela 5), o tempo médio para receber a dentadura foi de 30 dias.

## Discussão

O horário de funcionamento das unidades de saúde observado nesse estudo indica problemas no acesso de usuários que trabalham nos turnos manhã e tarde. No estudo de Caccia-Bava *et al.*<sup>23</sup> o horário foi uma das principais razões apresentadas pelos pacientes com queixas compatíveis com a Atenção Básica que procuravam pelo serviço de Pronto-Atendimento em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto/SP, constituindo-se assim numa barreira no acesso/acessibilidade do usuário.

Considerando que todos os itens relacionados no PMAQ-AB pelo MS são importantes para a estrutura dos consultórios odontológicos, respectivamente, 20% e 28%

das unidades dos DRS XIII e III, possuíam todos os equipamentos, materiais e insumos relacionados. Entretanto, cabe ressaltar que a fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB é pontual, não sendo capaz de identificar a (des)continuidade do fornecimento dos insumos e tampouco a manutenção dos equipamentos.

Estudo semelhante foi realizado por Lorena Sobrinho *et al.*,<sup>24</sup> que avaliaram o acesso e a qualidade das ações e serviços das ESB participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB no estado de Pernambuco. A maioria das unidades de saúde com consultórios odontológicos, assim como no presente estudo, apresentou disponibilidade dos equipamentos, no entanto observaram maior ausência daqueles importantes para a realização de procedimentos dentários restauradores, como amalgamadores e fotopolimerizadores (17 e 12%). Segundo os autores, apesar da obrigação tripartite para garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades, a falta ou escassez de insumos odontológicos evidenciada limita a realização de procedimentos clínicos.

A deficiência estrutural dos consultórios odontológicos das unidades de saúde foi relatada em diversos estudos.<sup>8,9,25,26</sup> Souza e Roncalli,<sup>8</sup> apontam que no Rio Grande do Norte, 28% das equipes participantes não estavam realizando atendimento clínico por falta de material de consumo (luvas, amálgama ou anestésicos), de limpeza ou devido a reformas. Para os cirurgiões-dentistas do estudo de Mendes Júnior *et al.*,<sup>26</sup> realizado em Fortaleza, a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, equipamentos danificados e pouca manutenção, estavam entre as maiores

dificuldades para execução das ações clínicas.

Ressalta-se que a atenção à saúde bucal não se restringe ao atendimento clínico. Mudar o modelo de atenção demanda uma inversão das tecnologias de cuidado utilizadas na produção da saúde: apesar da importância de tecnologias duras (máquinas e instrumentos) para o atendimento clínico odontológico, um serviço produtor do cuidado requer que o processo de trabalho valorize fortemente as tecnologias leves (tecnologias das relações) e leve-duras (conhecimento técnico).<sup>27</sup>

Em relação à conformação das equipes, a Portaria no 3.012, de 26 de dezembro de 2012, estabelece que as ESB inseridas na Estratégia Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades: I – Cirurgião-dentista (CD) generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e II - CD generalista ou especialista em saúde da família, TSB e ASB ou outro TSB.<sup>28</sup>

Segundo dados do MS, o número de ESB passou de 9.459 em 2004, para 25.365 em 2015, sendo 23.041 modalidade I e apenas 2.324 modalidade II.<sup>29</sup> Silva *et al.*<sup>13</sup> mostraram que, em Pernambuco, a expansão da modalidade I se deu mais intensamente que a modalidade II e atribuem o fato à defasagem na formação dos recursos humanos de nível médio na área de saúde bucal, especificamente os técnicos de saúde bucal (TSB).

Ainda que a incorporação de profissionais ASB e TSB seja medida imprescindível para aumentar a cobertura odontológica em níveis individual e coletivo,<sup>9,13</sup> os resultados desse estudo apontam a baixa participação de TSB e a existência de equipes incompletas, não compatíveis com as modalidades estabelecidas pela Portaria nº 3.012.<sup>28</sup>

O apoio matricial em saúde tem o objetivo de oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, na busca conjunta de uma abordagem integral.<sup>30</sup> Ressalta-se que a forma como as equipes foram questionadas na Avaliação Externa do PMAQ-AB pode ter acarretado uma compreensão equivocada sobre o sentido do matriciamento.

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, é feito por meio da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, buscando garantir o acesso oportuno a tecnologias adequadas às necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.<sup>31</sup> Os resultados do presente estudo indicam a existência de ‘acolhimentos’ distintos dentro de uma mesma unidade de saúde, distanciando os usuários da saúde bucal dos demais processos vividos pela unidade de saúde. Segundo Freire *et al.*,<sup>32</sup> a falta de preparo dos profissionais que realizam o acolhimento contribui para a centralização do atendimento na consulta médica, mantendo a fragmentação do cuidado do modelo assistencial privatista da divisão por especialidade e

por disciplina.

Nesse sentido, estudos apontam que a integração da ESB com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto apresentou avanços, mas ainda representa um dos maiores desafios para a saúde bucal.<sup>8,14,15</sup> Lourenço *et al.*<sup>33</sup> justificam tal fato pela inserção tardia da saúde bucal, somente após seis anos da implantação da Estratégia Saúde da Família. Outros fatores relacionam-se à falta de vivência de equipe na formação profissional, com valorização extrema do desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe.<sup>10,12,32</sup> Para Faccin *et al.*,<sup>9</sup> a diferenciação na organização do processo de trabalho em relação aos demais membros da equipe e as próprias políticas ministeriais reforçam a diferenciação entre ESB e equipe de saúde da família.

A falta de integração e a ênfase curativa é sugerida neste estudo ao observarmos os resultados relacionados ao processo de trabalho das equipes avaliadas no Módulo II. Mattos *et al.*,<sup>10</sup> afirmam que a inclusão e a rápida expansão das ESB, estimulada principalmente pelos incentivos financeiros do MS, não implicaram, necessariamente, em uma mudança do modelo de atenção, sendo possível a reprodução de um modelo programático focal e excludente.

A baixa participação no ambiente escolar observada nesse estudo, considerando os resquícios do sistema incremental, pode ser devido ao fato de que a variável do PMAQ-AB limita-se a avaliação clínica, não identificando ações preventivas. Souza e Roncalli<sup>8</sup> alertam que as ações da saúde escolar devem ser desenvolvidas com critérios e avaliadas periodicamente, sob o risco de comprometerem a universalidade do cuidado em saúde bucal.

O agendamento em saúde bucal deve estar pautado nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência, de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal.<sup>7</sup> Os estudos mostram que estes critérios são pouco utilizados, mantendo-se a reprodução do modelo tradicional de posto de saúde, com agendamento por livre demanda<sup>12,33</sup> ou vários pacientes agendados no mesmo horário, com sistema de ordem de chegada.<sup>34</sup> Ainda que a maior parte das equipes do presente estudo tenham respondido realizar o agendamento sem restrição de dia/horário, não é possível identificar se este ocorre por livre demanda ou se são consideradas outras necessidades presentes no território de adscrição da unidade.

A PNSB recomenda a organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, que incluem a identificação de lesões bucais e o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados.<sup>6</sup> A baixa proporção de equipes que registram e acompanham casos suspeitos de câncer

bucal encontrados nesse estudo apontam a necessidade de qualificação das ações no sentido de garantir a integralidade do cuidado. Do mesmo modo, Oliveira *et al.*<sup>35</sup> alertam sobre a necessidade de capacitações e atualizações na área de diagnóstico clínico de lesões de boca ao mostrar que apenas 32% dos cirurgiões-dentistas participantes do estudo notificam e encaminham os casos de câncer de boca.

Em relação à integralidade do sistema de saúde, o MS reconhece na PNSB que a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos, e propõe investimentos nos níveis secundário e terciário de atenção por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).<sup>6</sup>

Mesmo com a ampliação ocorrida nos últimos anos (100 unidades em 2004 para 1.037 em 2015<sup>36</sup>), estudos apontam dificuldades no referenciamento para a atenção secundária e terciária, o que compromete a qualidade da assistência prestada e não assegura à população assistência nos demais níveis de complexidade.<sup>8-11</sup> Aquilante e Aciole<sup>15</sup> observaram que nos municípios do DRS III do estado de São Paulo, o processo de referência e contrarreferência está limitado a aspectos de ordem burocrática e que se faz necessário a construção de um mecanismo que de fato se constitua em uma produção compartilhada de cuidado.

Esses resultados encontrados nesse estudo podem indicar a existência de outras formas de referenciamento para saúde bucal, existindo independente da presença do CEO. Apesar da existência de referências, persiste o desafio de estruturação da rede de atenção, ao observarmos que tempo de espera para endodontia no DRS III foi respondido superior a um ano por 12% das equipes. Segundo Casotti *et al.*,<sup>37</sup> o longo tempo de espera pode ser justificado pelo aumento da demanda para a especialidade, gerada pela melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde bucal ao longo da última década.

A PNSB inclui da reabilitação protética na atenção básica, com a finalidade de ampliar o acesso, que até então estava inserida nos serviços especializados.<sup>6</sup> O número de Laboratórios de Próteses Dentárias (LRPD) passou de 676 em 2010 para 1.955 em 2014, com a confecção de 600.196 próteses dentárias.<sup>36</sup>

A inclusão da reabilitação protética na atenção básica por meio de PNSB tem gerado grande discussão e é referida em alguns estudos como responsabilidade da atenção secundária.<sup>11,15</sup> Mendes Júnior *et al.*<sup>26</sup> mostraram que a realização desse procedimento não tem sido garantida por todos os profissionais, que relatam dificuldades relacionadas à insegurança do profissional no manejo clínico, à falta atualização/capacitação em prótese, à deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais) e ao elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

Neste estudo, os achados indicam que a reabilitação protética continua inserida na atenção secundária. Resultados semelhantes foram apresentados no estudo de Lorena Sobrinho *et al.*,<sup>24</sup> que constataram a dificuldade da inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica em Pernambuco, mostrando que apenas 1% das equipes do estudo realizam moldagem na unidade e 3% das equipes as entregam e acompanham.

Em relação às avaliações dos usuários, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Casotti *et al.*,<sup>37</sup> no qual os maiores percentuais de tempo de espera estavam em até quinze dias, o que, segundo os autores, pode estar associado à preponderância do atendimento baseado na lógica de demanda espontânea, em face da lógica programada; 23% dos usuários que conseguem atendimento com o cirurgião-dentista referiram sair da consulta sem retorno marcado. Os autores sugerem que essas informações reforçam a existência do atendimento por livre demanda, modelado pela queixa-conduta.

Segundo o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal de 2010, 9% dos indivíduos entre 35 a 44 anos usavam prótese total superior e 2% inferior; 63% entre 65 a 74 anos usavam prótese total superior e 37% inferior.<sup>38</sup> Os resultados desse estudo sugerem que o acesso à prótese dental ainda é muito limitado e insatisfatório para atender à demanda acumulada existente.

Deve se considerar que o presente estudo apresenta limitações. As análises apresentadas se deram por meio dos dados dos serviços de saúde bucal da RRAS 13 por ocasião da participação no 1º ciclo do PMAQ-AB. Sendo assim, as análises se referem às equipes com saúde bucal que aderiram voluntariamente ao programa e não ao universo das unidades básicas de saúde e equipes da região. Do mesmo modo, os aspectos relacionados à infraestrutura, processos de trabalho e percepção dos usuários restringem-se aos propostos pelo programa, sendo importante contextualizar esses achados por meio dos indicadores de saúde, o processo de trabalho e o contexto sócio-sanitário das equipes. Os resultados, porém, não deixam de apontar para a necessidade de reorganização das práticas a fim de superar o modelo centrado nas práticas curativas.

Por fim, espera-se que o programa cumpra com sua função indutora no sentido de ampliar o acesso e a qualidade das ações de saúde bucal desenvolvidas nesta região.

## Conclusão

A maior parte das unidades de saúde com consultório odontológico dispunha de equipamentos e insumos necessários, assim como realizava os procedimentos para o atendimento clínico de saúde bucal, com exceção da reabilitação protética, que permanece principalmente inserida nos serviços especializados e pouco acessível aos usuários.

Além da existência de equipes incompletas, observa-se a fragilidade da integralidade do cuidado dada à incipiência de um trabalho multiprofissional, evidenciado pela duplicação do acolhimento, pouco compartilhamento das agendas, escasso registro da consulta odontológica no pré-natal e limitada realização de visitas domiciliares, bem como pela

falta de estruturação da rede de atenção e o longo tempo de espera para o atendimento especializado. A baixa proporção de usuários que conseguiram marcar atendimento com os cirurgiões-dentistas das unidades igualmente evidencia a existência de barreiras ao acesso.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
2. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
3. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés T, Kriger L, Moysés SJ, editores. Saúde da família – trabalhando com evidências. São Paulo: Artes médicas; 2008. P.1-20.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e da outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2727-39.
9. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Cien Saude Colet. 2010;15(1):1643-52.
10. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Cien Saude Colet. 2014;19(2):373-82.
11. Munkevitz MSG, Pelicioni MCF. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010;20(3):787-97.
12. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. Cad Saúde Pública. 2012;28(Suppl):s146-57.
13. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Cien Saúde Colet. 2011;16(1):211-20.
14. Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Néto OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. Cien Saúde Colet. 2013;18(2):471-80.
15. Aquilante AG, Aciolo GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. Cien Saúde Colet. 2015;20(1):239-48.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. 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-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
18. Fundação Oncocentro de São Paulo [Internet]. Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo: RRAS 13 – DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. 2014 [citado em 2016 Jul. 18]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//boletim\\_\\_assist\\_oncol\\_rras\\_13.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//boletim__assist_oncol_rras_13.pdf).
19. Caccia-Bava MCGG, Pereira MJB, Hirooka LB, Catanante GV, Porto HS. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. P. 293-325.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Próximo de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): FAQ [citado em 2016 Jul. 18]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Notas técnicas: Avaliação Externa do PMAQ 1º Ciclo – 2011/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
23. Caccia-Bava MCGG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. Medicina. 2011;44(4):347-54.
24. Lorena Sobrinho JE, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. Saúde Debate. 2015;39(104):136-46.
25. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde Debate. 2015;39(104):56-64.
26. Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. Saúde Debate. 2015;39(104):147-58.
27. Merhy EE, Franco TB, Magalhães Júnior HM [Internet]. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2003 [citado em 2016 jul. 20]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>.
28. Brasil. Portaria nº 3.012 de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2012; 27 dez.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. Histórico de cobertura da saúde da Família [citado em 2016 Jul. 24]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
30. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399-407.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães NC, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME. 2008;12(2):271-7.
33. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira ACC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Cien Saude Colet. 2009;14(Suppl):1367-77.
34. Rodrigues AAAO, Assis MMA, Nascimento MAA, Fonsêca GS, Siqueira DVS. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um Município do Sertão Baiano. Revista bahiana de saúde pública. 2011;35(3):695-709.

35. Oliveira CRF, Vasconcelos MMVB, Valença PAM, Santos MPR. Percepção dos usuários da unidade de saúde da família do distrito sanitário III e conhecimento dos profissionais sobre lesões de boca em tecido mole. *Full Dent Sci.* 2014;5(20):615-21.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica [Internet]. Redes e Programas. Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica. Brasil Sorridente/Centro de Especialidades Odontológicas – CEO/ Prótese Dentária [citado em 2016 Jul. 24]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage>.
37. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2014;38(spe):140-57.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 
- 

### Mini Currículo e Contribuição dos Autores

1. Lucila Brandão Hirooka - cirurgiã-dentista e doutoranda. Contribuição: concepção, delineamento, análises, interpretação dos dados e redação do artigo.
  2. Guilherme Vinícius Catanante - psicólogo e mestrando. Contribuição: interpretação dos dados e redação do artigo.
  3. Hélio Souza Porto - enfermeiro e mestrando. Contribuição: interpretação dos dados e redação do artigo.
  4. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava - assistente social e PhD. Contribuição: concepção, delineamento, análises, interpretação dos dados e redação do artigo.
- 
- 

Recebido em: 20/02/2017 / Aprovado em: 25/04/2017

#### Autor Correspondente

**Lucila Brandão Hirooka**

E-mail: [luhirooka@gmail.com](mailto:luhirooka@gmail.com)