

## Atenção em saúde bucal em municípios sede de Regiões de Saúde do estado da Bahia

Elisete Casotti<sup>1</sup>  
Renata Costa Jorge<sup>2</sup>  
Patty Fidelis de Almeida<sup>3</sup>  
Adriano Maia dos Santos<sup>4</sup>

### Resumo

O artigo analisa a organização da rede de atenção em saúde bucal de dois municípios sede de Regiões de Saúde do estado da Bahia. Estudo transversal com 36 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, por preenchimento de questionário fechado e autoaplicável. Os respondentes são majoritariamente mulheres jovens e um em cada três não cursou o Introdutório, mesmo não sendo a primeira experiência na ESF. Trabalho centralizado na clínica curativa individual e baixa frequência de atividades no território. Não há oferta de serviços públicos de urgência odontológica fora do horário da unidade básica. Ambas cidades possuem Centro de Especialidades Odontológicas, mas sem oferta de tratamento endodôntico para dentes multiradiculares. Apenas um município regula e comunica a marcação de vaga para o usuário. Investimentos na formação e qualificação da gestão local e dos profissionais dos diferentes pontos de atenção são medidas necessárias.

**Palavras chaves:** Atenção primária à saúde; Saúde bucal; Integralidade em saúde; Avaliação de serviços de saúde

### Abstract

#### Dental care in host cities of health regions of the state of Bahia

This article analyzes the organization of the oral health care of two municipalities headquartered in Health Regions of the state of Bahia. Cross-sectional study with 36 dentists of the Family Health Strategy, by filling out a closed and self-administered questionnaire. The respondents are mostly young women and one in three didn't

<sup>1</sup> Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ). [elisete.casotti@gmail.com](mailto:elisete.casotti@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestranda em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Apoiadora Institucional à gestão de Saúde Bucal, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (RJ). [renatacorgo@gmail.com](mailto:renatacorgo@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil, Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ). [patty.fidelis@hotmail.com](mailto:patty.fidelis@hotmail.com)

<sup>4</sup> Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil, Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Vitória da Conquista (BA). [maiaufba@ufba.br](mailto:maiaufba@ufba.br)

attend the Introductory, even though it wasn't the first experience in the FHS. Centralized work in the individual curative clinic and low frequency of activities in the territory. There is no provision of emergency dental services outside the basic unit hours. Both cities have Center of Dental Specialties, but no offer of endodontic treatment for multiradicular teeth. One municipality regulates and communicates the vacancy marking for the user. Investments in the training and qualification of the local management and professionals of the different points of attention are necessary measures.

**Keywords:** Primary health Care; Oral health; Integrality in health, Health services evaluation

## **Introdução**

A pauta política de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, na década de 90, foi fundamental para que a organização das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) fosse discutida de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada nas instâncias federativas, proposta que fortaleceu o ente municipal como importante núcleo de organização do sistema<sup>1</sup>.

A expressão "municipalização da saúde" cunhava um processo de transformação, de redistribuição do poder, reorganização institucional e reformulação de práticas, onde a gestão da atenção básica assumiu papel estruturante na política nacional de saúde<sup>2</sup>. É parte desse processo social e histórico, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e sua expansão na década seguinte como Estratégia Saúde da Família (ESF). Ainda que tardia, a incorporação da saúde bucal nas equipes, em dezembro do ano 2000, significou a garantia do direito ao acesso às ações de saúde bucal pela população.

Como marco político-legal e orientador, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a necessidade de reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal, tendo o cuidado como eixo central. Desde então, ampliar e qualificar a rede setorial de serviços está inscrita nas metas do Programa Brasil Sorridente, desdobramento operacional da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)<sup>3</sup>.

Este estudo, realizado entre os anos de 2012-13, quase uma década após a vigência da PNSB, analisa a organização da rede de atenção em saúde bucal de dois municípios sede de Regiões de Saúde do estado da Bahia.

## **Metodologia**

Estudo transversal e descritivo, resultado da análise dos dados quantitativos do componente “saúde bucal” da pesquisa realizada entre 2012-2013, denominada O papel da APS na coordenação do cuidado em redes regionalizadas em Regiões de Saúde da Bahia, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital Universal (14/2011). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza, por meio do parecer nº 323/2011 e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde coparticipantes.

Foram estudados dois municípios: Santo Antônio de Jesus (SAJ) e Vitória da Conquista (VC). O município de Santo Antônio de Jesus, com população de 90.985 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-m) igual a 0,700-alto, é sede de uma das quatro regiões que compõe a Macrorregião Leste da Bahia, destacando-se “por ser um dos polos comerciais de referência no estado e por abrigar duas instituições universitárias (...)”<sup>4,5</sup>. Possuía, em 2012, 75% de cobertura por Equipes de Saúde da Família (20 EqSF implantadas), 56% com saúde bucal (16 EqSB implantadas) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)<sup>6</sup>.

De modo semelhante, Vitória da Conquista (VCA), com 306.866 habitantes e IDH-m de 0,678 - médio, também é sede de uma região de saúde e se configura como “polo econômico, educacional e de referência para cuidados de média e alta densidade tecnológica em saúde da Macrorregião Sudoeste (...)”<sup>4,7</sup>. Na atenção primária registrava cobertura de 42 % de Saúde da Família (37 EqSF implantadas) e 33% com saúde bucal (30 EqSB implantadas). Em relação aos serviços especializados em saúde bucal havia presença de um CEO e um Laboratório de Próteses Dentárias (LRPD) <sup>6</sup>.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, entregues a todos os cirurgiões dentistas (CD) da ESF, entre os meses de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. O trabalho de campo envolveu 27 estudantes de graduação da área da saúde, além de membros da equipe executória e coordenadora do projeto.

O instrumento, adaptado de estudo realizado por Giovanella et al<sup>8</sup>, incluiu quatro dimensões: perfil profissional (sexo, idade, formação); inserção e capacitação na Estratégia Saúde da Família (tempo de trabalho, carga horária, vínculo, ter cursado Introdutório, experiência anterior na ESF); outros vínculos (local, carga horária); organização do trabalho da equipe (atividade com grupos, visita domiciliar, participação em reunião de equipe e em atividades de capacitação, atendimento de demanda espontânea e urgência, participação de reunião com a coordenação da área técnica municipal); coordenação e integração dos serviços da rede (existência de serviços complementares, procedimentos ofertados, organização do acesso e comunicação com o usuário); e adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A primeira parte dos resultados tratará do perfil e formação dos participantes; e para análise da coordenação do cuidado em saúde, os resultados serão apresentados de forma agregada em duas dimensões: organização do processo de trabalho; e porta de entrada, coordenação e integração em rede.

A análise estatística descritiva foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0.

## **Resultados e Discussão**

### **Perfil e formação dos participantes**

O retorno foi de 10 questionários em SAJ, de um universo de 16 equipes, e 26 de 30 equipes em VCA. A taxa de não resposta pode estar associada à alta rotatividade dos profissionais, resultante da precariedade dos vínculos trabalhistas, particularmente fragilizado pelo período do pleito municipal, coincidente com a pesquisa.

O número de cirurgiões dentistas (CD) participantes da pesquisa foi constituído majoritariamente de mulheres (66,7%), na faixa etária entre 20 e 39 anos (58,3%), ou seja, uma força de trabalho feminina e jovem – tendência que vem sendo descrita há pelo menos uma década por vários autores <sup>9,10,11</sup>.

De acordo com o estudo de Morita <sup>12</sup>, o crescimento do número de mulheres na profissão começou na década de 70 e, em 1998, o número total de mulheres ultrapassou o quantitativo masculino. Essa tendência tem se mantido, indicando um crescente alargamento na diferença numérica.

Essa realidade não é exclusiva da Odontologia. Para Bonini et al. 13 há no país uma feminização da universidade e da força de trabalho, identificando como fatores associados a esse cenário a ampliação do acesso à escolarização e o aumento do número de postos no setor de serviços, resultado de mudanças na estrutura organizacional e produtiva do país – que favoreceu a entrada da mulher no mundo do trabalho.

Quanto ao tempo de trabalho, 44,4% dos dentistas tinham até quatro anos de atuação na rede, sendo que destes, a metade reportou ter no máximo um ano. Em ambos os municípios, o modelo de contratação era feito por cooperativa, na modalidade de contrato temporário, o que sugere uma maior rotatividade profissional e que pode explicar o reduzido tempo do vínculo trabalhista. O perfil de atuação se manteve para os demais profissionais com ensino superior das equipes: em média 54% das enfermeiras e 65% dos médicos tinham menos de quatro anos, sendo que 41% destes tinham no máximo um ano de atuação 5,7.

Estudo de Martelli et al 10, pesquisando equipes de Saúde Bucal de 15 municípios do estado de Pernambuco, mostrou situação semelhante, onde 46,9% dos CD possuíam tempo de serviço público de até cinco anos, reportando que em 65,2% dos casos a contratação consistia em vínculo irregular. O autor associou o perfil de atuação com a precariedade das relações de trabalho estabelecidas e destacou que esse fator pode “contribuir para a alta rotatividade e insatisfação do profissional, comprometendo, dessa forma, a qualidade da assistência à saúde prestada à população.”

Ter pós-graduação é uma realidade para 85,7% (n=24) dos dentistas, com uma divisão relativamente homogênea entre quem fez cursos relacionados à clínica odontológica e à saúde coletiva - somente dois respondentes tinham formação fora dessas duas áreas. Metade dos profissionais apresentaram especialização com enfoque em Saúde da Família, sendo que destes dois terços o fizeram em instituições particulares. Um em cada três dentistas não realizou o curso introdutório, mesmo que para a maioria essa não fosse a primeira experiência na ESF (64%).

O curso Introdutório é uma modalidade de formação destinada aos profissionais das EqSF e que está em desenvolvimento no Brasil desde os anos de 1990<sup>14</sup>. Tem como objetivo discutir o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) em curso no país e apoiar os profissionais na organização inicial do processo de trabalho, sendo,

portanto, uma ferramenta de capacitação que deve iniciar-se concomitante à implantação das equipes ou no início do trabalho do profissional na EqSF.

Nesse caso, o percentual de dentistas que não fizeram o curso (33%) é menor que a média dos médicos (46%) e dos enfermeiros (40%)<sup>5</sup>, o que sugere a necessidade de reforçar a política local de formação dos trabalhadores. Considerando os limites referentes ao perfil dos profissionais de saúde para atuar na APS, essa medida pode ser considerada estratégica para a melhoria da gestão da educação e do trabalho das equipes.

A carga horária semanal foi de 40 horas para 95% dos dentistas, sendo que ter outro vínculo concomitante foi reportado por 52,8% (n=19). Destes, onze CD ampliaram a carga horária semanal em até 12 horas e sete entre 13 e 24 horas. O local do segundo vínculo, exceto para um respondente, era o consultório ou clínica privada situada no mesmo município.

### **Organização do processo de trabalho**

A maioria das EqSB (80%) estava vinculada a uma única EqSF, de acordo com o preconizado em Nota Técnica do Ministério da Saúde (s.d.), o que sugere maior acesso dos usuários aos serviços odontológicos, bem como pode favorecer um trabalho de promoção da saúde e de prevenção mais articulado com a realidade do território.

Entretanto, quando perguntados sobre as atividades que realizaram, nos trinta dias anteriores à pesquisa, um em cada três dentistas participantes informou que não fez reunião com a comunidade para discutir seus problemas e 20% não saíram da unidade de saúde para realizar visita domiciliar. Neste último caso, a atividade parece não estar incorporada ao processo de trabalho do profissional, pois 76,5% realizaram somente uma ou duas visitas no último mês.

Esse é um problema associado à organização do processo de trabalho que incide diretamente na qualidade do cuidado, pois se o objetivo central dos serviços de atenção básica, particularmente da ESF, é responder às necessidades de saúde mais comuns da população do território adscrito, não interagir significa desconhecer e limitar as possibilidades de atuação, seja nos núcleos familiares ou mesmo no espaço mais ampliado que é a comunidade.

Para Cecílio<sup>15</sup>, o conceito de necessidades de saúde precisa ser (re)significado pelas equipes, deixando de circunscrevê-lo ao corpo biológico e ampliando-o para incluir as questões associadas às condições de vida, a disponibilidade e o acesso às tecnologias do cuidado, a qualidade do vínculo entre os usuários e a unidade/profissionais e ao grau de autonomia para a condução dos projetos de vida. Ampliação que só pode ser operada se a equipe compreender e se envolver com dispositivos e ferramentas que a coloquem em contato com as famílias e com o território – não só com os doentes e com a demanda que busca atendimento na unidade.

Reis et al. <sup>16</sup> destacam que há competências específicas a serem desenvolvidas pelo profissional da ESF e que estas extrapolam a clínica strictu sensu e incluem àquelas que envolvem o trabalho em equipe e as ações de promoção de saúde. Ao envolver o usuário, mas também a família e a comunidade, a capacidade de escuta e acolhimento da equipe torna-se uma tarefa tão complexa quanto essencial, necessitando que essas novas habilidades sejam incorporadas ao cotidiano do trabalho. Acolher a demanda espontânea, tanto como programar a agenda clínica, são atividades esperadas de uma equipe de saúde bucal da Estratégia, mas como interpretar que 85,3% dos respondentes afirmaram ter realizado atendimento à urgência “todos os dias”, ao longo do último mês? Será ainda essa a forma de acesso ao serviço de odontologia? Será que as equipes problematizam ou naturalizaram essa realidade?

Artigo que revisou estudos sobre a atuação de EqSB, vinculadas à ESF, indicou que problemas como falta de planejamento e de programação; pressão da demanda reprimida, ações centradas no atendimento clínico e predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais, foram achados comuns na maioria das publicações analisadas<sup>17</sup>. O predomínio das ações individuais de natureza curativa ou preventiva na organização do trabalho das EqSB não pode ser desqualificado a priori, pois precisa ser analisado cotejando o tempo de implantação e composição da equipe, sua abrangência e, principalmente, a natureza e extensão das demais ações desenvolvidas.

Mas, a existência de uma demanda diária de urgência nos serviços, onde a implantação da EqSB não é recente, é um “dado sentinela” que precisa ser entendido. A urgência, ainda que seja genericamente uma demanda espontânea, se diferencia

desta, pois invariavelmente apresenta uma situação que necessita de pronto cuidado. Elas fazem parte do trabalho da Estratégia e devem ser acolhidas na agenda das EqSB, mas é necessário compreendê-las e trabalhar para que sejam residuais, não permanentes e diárias.

É aceitável que no primeiro momento após a implantação de uma equipe as urgências ocupem boa parte dos atendimentos, resultado da oferta do serviço a grupos anteriormente descobertos. Mas, nos momentos seguintes, com o desenvolvimento simultâneo de outras atividades (educativas, preventivas e curativas), a tendência é estabilizar a demanda e ter casos residuais de urgência<sup>18</sup>.

Como nenhuma das duas redes municipais de Saúde da Família era recente e a razão entre EqSF e EqSB estava próxima a um, uma análise mais precisa sobre a situação relatada exigiria outros elementos que não foram fornecidos pelo estudo. De outra forma, é um forte indicativo da necessidade de apoio às equipes na organização do processo de trabalho, que deve ser conduzido pela gestão setorial de cada município.

Artigo que estudou o efeito do apoio às EqSF, nas áreas da atenção à mulher, criança, hipertensão e diabetes, e saúde mental, na certificação do I ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), indicou uma "associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação nas áreas da assistência analisadas"<sup>19</sup>.

Em torno da metade das equipes entrevistadas participaram do PMAQ-AB (2011), correspondendo ao teto de participação estipulado pelo Ministério da Saúde, para o primeiro ciclo. Destas, 83% reportaram que a participação incidiu na melhoria da organização do seu processo de trabalho. Quando os dentistas foram perguntados sobre o desempenho de suas equipes, a grande maioria (80%) considerava seu trabalho muito satisfatório. Entre os itens avaliados estavam: capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde, estabelecimento de vínculo com a população da área e acompanhamento dos grupos prioritários. Os itens que, comparativamente apresentaram percentuais de satisfação menores foram: capacidade de resolver 80% das necessidades de atenção básica dos usuários; garantia do acesso ao atendimento básico a toda a população cadastrada; e sobre a não existência de fila de espera na porta da ESF.



A análise da percepção da satisfação, particularmente nesse caso, precisa considerar que fatores como a necessidade de mostrar bom desempenho, não comprometendo a rede, a equipe e seu posto de trabalho; uma formação deficitária para atuação na APS; e o nível de exigência e responsabilidade que cada profissional atribui e assume para si no desenvolvimento das atividades, atuam influenciando e modulando esse indicador. Entretanto, quanto mais objetivas as questões (por ex.: resolubilidade da clínica e acesso dos usuários ao atendimento) menores eram os graus de satisfação.

Quando perguntados sobre a demanda, 72% dos dentistas concordam que a população apresenta uma forte demanda por atendimento odontológico e que pressiona para o atendimento de demanda espontânea, o que pode justificar o alto número de atendimentos diários de urgência, mas também pode indicar um serviço com baixo grau de organização e de comunicação com o território.

### **Porta de entrada, coordenação e integração em rede**

Mais de 90% dos respondentes concordaram que na política do município está especificado o papel da ESF como porta de entrada aos serviços de saúde; que a população procura primeiro as equipes quando necessita de atendimento de saúde bucal; e que com a implantação da Estratégia os usuários procuram menos os serviços hospitalares e especializados. Essa percepção está de acordo com o dado do PMAQ-AB, onde 87,2% dos usuários responderam que na última vez que tiveram algum problema de urgência na boca procuraram a unidade básica de saúde e só 3,5% recorreram a outros serviços públicos<sup>20</sup>.

Nas questões sobre a qualidade dos fluxos estabelecidos na rede de saúde, os entrevistados de ambos os municípios concordam e estão mais satisfeitos com suas próprias ações, por exemplo: acompanhamento do usuário após atendimento do especialista; preenchimento da ficha de referência nos encaminhamentos; fornecimento de informações escritas para entregar ao serviço/profissional de referência; e menos concordantes e satisfeitos com ações que dependem de outros serviços/profissionais, como por exemplo: conseguir encaminhar para consultas especializadas.

Ambas os municípios têm oferta de um serviço de média densidade tecnológica para as especialidades odontológicas. Em VCA há um CEO habilitado desde 2004 e

um LRPD desde 2010; enquanto SAJ tem um CEO desde 2008 e nenhum LRPD6. Todos os respondentes de SAJ (n=10) e 97% dos respondentes de VCA (n=25) têm ciência da existência do CEO no município.

Em relação ao sistema de referência em odontologia, quando o usuário é atendido pela EqSB e necessita ser encaminhado para uma consulta no CEO, o percurso mais comum no município de VCA é a consulta ser agendada pela Unidade e a data posteriormente informada ao usuário (88%). Já no município de SAJ, todos respondentes informaram que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao CEO.

A ideia de linha de cuidado, como um esforço de profissionais e equipes direcionado para a garantia do atendimento às necessidades integrais dos usuários, envolve mais que o encaminhamento para diferentes pontos de atenção de uma rede. Significa se responsabilizar pelo seu itinerário, facilitando o acesso aos serviços complementares com a manutenção do vínculo na APS<sup>21</sup>. Para tanto, inserir as vagas das especialidades odontológicas no sistema de regulação local, evita que o usuário precise individualmente e (às vezes) repetidamente ir em busca da vaga para o serviço prescrito.

A oferta de prótese unitária e fixa é residual em ambos os municípios, uma vez que somente dois dentistas de SAJ e um de VCA reportam acesso, com tempo de espera de mais de 90 dias; os demais não sabem informar ou não responderam. Em SAJ, há baixa oferta também de prótese total. Em VCA, 73% dos dentistas que afirmaram ter acesso, mas 65,3% aguardam mais de 90 dias pela entrega da prótese pelo laboratório. A média das EqSB que esperam mais de 90 dias pela entrega da prótese total é de 35,7% para o Brasil e 27,4% para a região Nordeste<sup>20</sup>.

Analisando o tempo de espera para endodontia, particularmente para dentes multiradiculares, chama a atenção que em VCA somente um dentista identificasse a oferta desse serviço e com tempo de espera maior que 90 dias; os demais não sabem informar ou não responderam. Entretanto, a quase totalidade dos respondentes (90%) informou ter acesso ao tratamento endodôntico para dentes uniradiculares com tempo de espera concentrado na faixa entre 31 e 90 dias; somente VCA registrou espera de tempo maior que 90 dias (29,2%).

Essa situação confirma o apontado em estudos<sup>22,23</sup> sobre a oferta seletiva de procedimentos no subgrupo da especialidade em outros CEO do estado da Bahia e,

por conseguinte, o descumprimento do mínimo de 20% para procedimentos referentes a obturação ou retratamento de dentes permanentes com 3 ou mais raízes, previsto na Portaria que regulamenta o funcionamento dos CEO<sup>24</sup>.

Para a especialidade de periodontia, metade dos respondentes de SAJ informaram esperar até 30 dias; os demais entre 30 e 90 dias. Em VCA a maioria esperou entre 31 e 90 dias pelo atendimento (43,5%), dado muito diferente do encontrado nesse intervalo para o Nordeste (6,4%) e para o Brasil (14%)<sup>25</sup>. Comparativamente, o acesso à cirurgia oral menor é mais rápido em SAJ, onde 60% dos dentistas informam esperar até 30 dias, enquanto em VCA 100% esperam mais que 31 dias.

A análise do conjunto de informações sobre a oferta de procedimentos especializados e tempo de espera reportado pelos dentistas, ainda que insuficientes para indicar a natureza do problema, sinalizou inconformidades e sugeriu tanto uma fragilidade na gestão setorial da política local de saúde, como na capacidade gerencial do serviço de especialidade. Confirmando esta análise, ao serem indagados sobre os principais problemas relacionados ao acesso do usuário aos procedimentos especializados, os dentistas reportaram principalmente a insuficiência de oferta de serviços no CEO e o longo tempo de espera para consultas. De forma menos frequente, 20% dos respondentes de VCA e 10% de SAJ identificaram também falta de comunicação entre a EqSB e o CEO e ambos os municípios (20%) apontaram para o longo tempo de tratamento no CEO.

Ao questionar sobre o tipo de oferta de serviços de saúde bucal disponíveis para a população nos períodos em que a unidade básica não funciona (noite, fim de semana e feriados), 80% dos respondentes de SAJ identificaram o serviço privado de saúde (consultório ou hospital), seguido de pronto socorro/emergência hospitalar pública (50%); enquanto em VCA 44% apontaram o pronto socorro ou emergência hospitalar pública, seguido do serviço privado, 38%. Ainda que essa questão admitisse mais de uma resposta, se destaca a baixa frequência com que o setor público foi mencionado em ambos os municípios, ou seja, somente metade dos dentistas o identificaram como recurso complementar à população cadastrada pela sua equipe na ESF.

Conforme Santos e Assis<sup>26</sup>, ainda que se reconheçam as especificidades do núcleo de conhecimentos da saúde bucal, advoga-se a ressignificação de seu modelo

de atenção, de forma que seja convergente com a integralidade da saúde e não complementar ou paralelo. Nesse sentido, interrogam o campo de atuação, a função social e a contribuição da saúde bucal para a qualidade de vida das pessoas.

### **Considerações Finais**

A expansão do número de unidades, serviços, especialidades e profissionais na área da saúde bucal, ocorrido ao longo dessa última década no país, significou tanto uma importante ampliação do acesso aos usuários, bem como conferiu visibilidade às ações setoriais, favorecendo a discussão da saúde bucal como direito de cidadania.

Entretanto, analisando o modus operandi das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, neste caso e também em outros estudos citados, observa-se que há um importante distanciamento entre os atributos da APS e o modelo de trabalho em desenvolvimento, bem como há problemas na organização e articulação entre diferentes pontos de atenção.

Processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde bucal, estejam eles na assistência ou na gestão, precisam ser repensados e empreendidos em larga escala – sob pena de consolidar serviços odontológicos avessos aos atributos da atenção primária à saúde e aos pressupostos do funcionamento em rede.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital Universal (14/2011). Nº. Processo: 479451/2011-7.

### **Referências Bibliográficas**

---

<sup>1</sup> Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA (Org). Educação profissional e docência e saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde - Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro, Editora EPSJV - Fiocruz, 2007; 27-41.

<sup>2</sup> Fleury TSM, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Municipalização da Saúde e Poder Local: Impactos da Descentralização sobre as Relações Estado/Sociedade. XXXIII Encontro da ANPAD; 19 -23 setembro 2009; São Paulo - SP, Brasil. São Paulo:2009.

- 
- <sup>3</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 16p., 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf) Acesso em: 08 nov 2015.
- <sup>4</sup> IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 08 nov 2015.
- <sup>5</sup> Almeida PF de. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado município sede de Região de Saúde – o caso de Santo Antônio de Jesus. In: Almeida, PF de; Santos, AM dos; Souza, MKB (Org). Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. Edição(1).Salvador: EDUFBA; 2015.
- <sup>6</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica - SAGE. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/#>. (Acesso em: 08 nov 2015). .
- <sup>7</sup> Santos AM. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: Almeida PF de, Santos AM dos, Souza MKB (Org). Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. Salvador: EDUFBA, 2015.
- <sup>8</sup> Giovanella L, Escorel S, Mendonça, MHM. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- <sup>9</sup> Costa SM, Duraes SJA, Abreu MHNG de. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. Ciênc. Saúde coletiva. Jun 2010; v.15, supl.1, 1865-1873.
- <sup>10</sup> Martelli PJJ, Macedo CLSV, de Medeiros KR, da Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. Saúde coletiva. Out 2010; v.15, supl.2, 3243-3248.
- <sup>11</sup> Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Rev. ABENO 2004; v.04, n. 01, 30-37.
- <sup>12</sup> Morita MC, Haddad E, Araújo ME. Perfil atual do cirurgião dentista brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.
- <sup>13</sup> Bonini P, Paula GC de, Menezes ECO de. Participação feminina no ensino superior e na força de trabalho empregada na Grande Florianópolis: uma abordagem descritiva. VI Encontro de Economia Catarinense, 26-27 de abril de 2012; Joinville - Santa Catarina, Brasil. Santa Catarina: APEC; 2012.
- <sup>14</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Disponível em:

---

[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2527\\_19\\_10\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf) (Acesso em: 08 nov 2015).

<sup>15</sup> Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, R; Matos, RA de. (Org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

<sup>16</sup> Reis WG, Scherer MDA dos, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde debate. Mar 2015; v. 39, n. 104, 56-64.

<sup>17</sup> Soares FF, Figueiredo CRV de, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. Ciênc. Saúde coletiva. Jul 2011; v.16, n.7, 3169-3180.

<sup>18</sup> Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Revista Brasileira de Saúde da Família. Dez 2002; v. 2, n. 6, 36-43.

<sup>19</sup> Fonseca Sobrinho D da; Machado ATGM, de Lima ALMD, Jorge AO, dos Reis CMR, Abreu DMX, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. Saúde debate. Out 2014; v. 38, n. spe, 83-93.

<sup>20</sup> Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ciclo I (2011). Microdados da Avaliação Externa. Módulo II Equipe. (Acesso em: 08 nov 2015). Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=microdados](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados)

<sup>21</sup> Franco CM, Franco TB. Linhas de Cuidado, Passo a Passo. In: Pessoa, L.R.S; Arruda EH, Torres KRBO.(Org). Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP; 2011. 61-75.

<sup>22</sup> Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG de. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. Jan 2011; v. 27, n. 1, 143-154.

<sup>23</sup> Santana DA de, Santos LPS, Carvalho FS de, Carvalho CAP de. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. Cad. Saúde Colet. Set 2015; v. 23, n. 3, 261-267.

<sup>24</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464 de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html). (Acesso em: 08 nov 2015.).

<sup>25</sup> 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. Out 2014; v. 38, n. especial:140-157.

---

<sup>26</sup> Santos AM, Assis MMA. Saúde Bucal: da fragmentação à integralidade. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.