

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA
EM SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

ALEJANDRA PRIETO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DESCRITIVA DOS
INDICADORES DA AVALIAÇÃO
EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ
REFERENTE ÀS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL**

**BRASÍLIA
2014**

ALEJANDRA PRIETO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DESCRITIVA DOS
INDICADORES DA AVALIAÇÃO
EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ
REFERENTE ÀS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos finais para a especialização no curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Caren Serra Bavaresco

BRASÍLIA
2014

ALEJANDRA PRIETO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DESCRITIVA DOS INDICADORES DA AVALIAÇÃO
EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ REFERENTE ÀS EQUIPES
DE SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos finais para a especialização no curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Brasília, 01 de agosto de 2014.

Aprovado em: 01/08/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Caren Serra Bavaresco

Prof.^o Sylvio da Costa Júnior

RESUMO

Atenção Primária a Saúde é uma forma de organização dos serviços de saúde, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.

Há anos o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a Estratégia Saúde da Família como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de Atenção Primária em todo o Brasil. Porém, não pode desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviço, distribuídos diferentemente em todo o país.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na Atenção Básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde.

A avaliação da Atenção Básica e saúde bucal tem papel importante no cenário nacional, com a criação do PMAQ-AB, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

O objetivo geral do trabalho é realizar uma análise descritiva quantitativa dos indicadores da avaliação externa contidos no Módulo II do instrumento de 2012, com ênfase no perfil do profissional de saúde bucal e processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, revisitando as orientações descritas na Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Bucal e correlacionando os achados com as regiões do país e modelo de atenção à saúde das equipes.

Os dados da equipe de Saúde da Família com saúde bucal são próximos aos da equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal. Assim, algumas práticas exercidas pelas equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para se efetivarem. Para promover as mudanças desejadas, é necessário investir na Estratégia Saúde da Família, principalmente na qualificação do acesso e na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área da APS e a efetivação dos programas de educação continuada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. ABORDAGEM TEÓRICA.....	7
2.1. Política Nacional de Saúde Bucal.....	7
2.2. Política Nacional de Atenção Básica.....	9
2.2.1. Estratégia Saúde da Família.....	15
3. MÉTODO.....	18
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	29
6. CONCLUSÃO.....	36
7. REFERÊNCIAS.....	37

1. Introdução

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada “Brasil Sorridente”, em 2004, significou uma mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde e propondo um modelo que dê conta dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a). As Diretrizes da Política sugeriu mudanças na reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis. Entre as principais frentes estão: Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e o incentivo a sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público.

A ESF constitui a base da organização da Atenção Básica no país. A cobertura das equipes de saúde bucal tem ampliado consideravelmente (BRASIL, 2014). E a mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais é visível: o Brasil entrou entre os países com baixa prevalência de cárie, CPO-D 2,07 (BRASIL, 2011a).

Apesar disso, ainda são necessários esforços para que se efetivem a redução das desigualdades no acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal para planejamento da Atenção Básica (CALVO et al., 2012).

Estudos avaliativos de políticas e programas podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais (FELISBERTO et al., 2012).

Nesse contexto a avaliação da Atenção Básica e saúde bucal tem papel importante no cenário nacional, com a criação do PMAQ-AB, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Entre os objetivos do PMAQ-AB, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a).

O PMAQ é composto por 4 fases distintas que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica:

- 1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização
- 2 – Desenvolvimento
- 3 – Avaliação Externa
- 4 – Recontratualização

Para os municípios que possuíam outras formas de organização da Atenção Básica, que diferem da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou a parametrização e equivalências entre as cargas horárias das Equipes de Atenção Básica Tradicional em relação às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011b). Com isso, novos tipos de Equipes de Atenção Básica puderam aderir ao PMAQ.

O objetivo geral do trabalho será realizar uma análise descritiva quantitativa dos indicadores da avaliação externa contidos no Módulo II do

instrumento de 2012, com ênfase no perfil do profissional de saúde bucal e processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (ESB), revisitando as orientações descritas na Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Bucal.

Como objetivos específicos, destaca-se:

- Revisar as Políticas Nacionais de Saúde Bucal e da Atenção Básica;
- Descrever, quantitativamente, os indicadores do Módulo II relacionados ao perfil profissional e processo de trabalho;
- Correlacionar os achados com as regiões do país e modelo de atenção à saúde das equipes.

2. Abordagem Teórica

2.1. Política Nacional de Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) propõe a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS em todos os níveis de atenção.

Para a Atenção Básica, as diretrizes apontam para sua ampliação e qualificação, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção. A ela compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Dentre os pressupostos da Política, está o de incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da Atenção Básica.

Diante da complexidade dos problemas que demandam à rede de Atenção Básica e a necessidade de buscar continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de:

- prevenção e controle do câncer bucal;
- implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento;
- inclusão de procedimentos mais complexos como como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico;
- Ampliação do acesso da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso); e, 2) por condição de vida (saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras).

Sobre o processo de trabalho, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) sugerem:

- **Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo:** a atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócioeconômico-cultural no qual ele está inserido.
- **Integralidade da Atenção:** a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.
- **Intersetorialidade:** as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas.
- **Ampliação e Qualificação da Assistência:** organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento.

Nessa organização sugere-se:

- maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;
- garantir o atendimento de urgência na Atenção Básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital).
- Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.
- **Condições de Trabalho:** para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação,

manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho.

- Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

2.2. Política Nacional da Atenção Básica

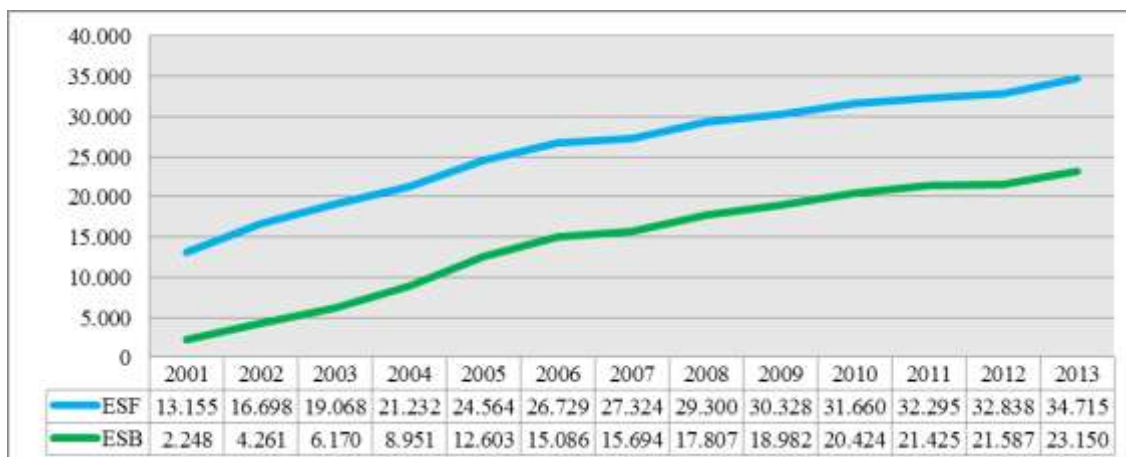
Para Starfield (1992) a Atenção Primária à Saúde (APS) é o meio pelo qual as duas metas de um sistema nacional de saúde – otimização da saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibram. A autora define que a APS é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde e possui quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. Ademais, a autora coloca a presença de outros três atributos derivados: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

Assim, um serviço de Atenção Básica dirigido à população pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (HARZHEIM, STEIN, ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com princípios condizentes aos do Sistema Único de Saúde e de caráter substitutivo ao modelo de “Atenção Básica tradicional”. Em 1997, a proposta de PSF foi reformulada e passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (SOUSA, HAMANN, 2009). Já as Equipes de Saúde Bucal, os municípios iniciaram as implantações a partir de abril de 2001 após a publicação da portaria 267 GM/MS de março de 2001 e aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF (BRASIL, 2001).

Desde então, o que se observa é a expansão de cobertura das Equipes de Saúde da Família (Gráfico 1), incentivos para formação na graduação, programas de educação permanente dos trabalhadores, incentivos financeiros para contratação de equipes e, mais recentemente, incentivos por desempenho de equipe por meio do PMAQ-AB (CALVO et al., 2012).

Gráfico 1: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal



Fonte: Brasil, 2014.

Em 2012 foi lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), onde considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, como termos equivalentes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das Unidade Básica de Saúde (UBS) e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

São atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica:

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

- XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - Participar das atividades de educação permanente;
- XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições específicas do Cirurgião-Dentista:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- III - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

São atribuições específicas do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

São atribuições específicas do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- IV - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VIII - Processar filme radiográfico;
- IX - Selecionar moldeiras;
- X - Preparar modelos em gesso;
- XI - Manipular materiais de uso odontológico; e
- XII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

2.2.1. Estratégia Saúde da Família:

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b).

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e

ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe SF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas equipes SF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Existem três formas de composição das equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (Quadro 2):

Quadro 2. Composição das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

Modalidade	Profissionais
Modalidade I	<ul style="list-style-type: none">• Cirurgião-Dentista• Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
Modalidade II	<ul style="list-style-type: none">• Cirurgião-Dentista• Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal• Técnico em Saúde Bucal
Modalidade III	<ul style="list-style-type: none">• ESB - Unidade Odontológica Móvel

Fonte: Adaptado PNAB (2012, p.59).

Para cada ESB implantada, Modalidade I ou II, a Secretaria Municipal de Saúde recebe recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 e de custeio no valor de R\$ 2.230,00, Modalidade I, e R\$ 2.980,00, Modalidade II (BRASIL, 2012b). Segundo a Portaria GM/MS Nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, há o compromisso também de doação de equipamentos odontológicos pelo Ministério da Saúde para as ESB implantadas a partir de outubro/2009.

No presente trabalho iremos focar somente nas ESB modalidades I e II.

3. Método

O presente trabalho trata-se de uma análise quantitativa descritiva dos itens contidos nos itens II.5.2 (perfil profissional) e II.36 (processo de trabalho) do instrumento de avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ, através da análise dos dados consolidados por regiões do país e por modelo de atenção à saúde. Entende-se modelo de atenção à saúde a equipe de Saúde da Família e equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal.

Os dados foram coletados em 2012 e irão ser divulgados no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (dab.saude.gov.br), sendo procedida apenas sua análise. Eles foram tratados e analisados por meio de estatística descritiva de frequência e percentuais.

Foi escolhida a fase III do PMAQ-AB, pois, ela consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e qualidade das equipes de Atenção Básica.

Não foi realizado o levantamento da formação do profissional do entrevistado. As respostas do item II.5.2 foram respondidas pelo cirurgião-dentista, pois, na entrevista está “*se o respondente for o profissional dentista*”. No Módulo item II.36 a entrevista foi feita para um profissional da equipe de Atenção Básica e não necessariamente um profissional da equipe de saúde bucal. Na pesquisa, foram retirados no item II.36 os resultados do subitem II.36.2.

Abaixo estão os Quadros 3 e 4 que mostram as perguntas presentes no questionário, analisadas nesse trabalho.

Quadro 3 – Módulo II, Formação e qualificação dos profissionais da equipe de Atenção Básica.

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde					
Formação e qualificação dos profissionais da equipe de Atenção Básica					
Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Cod	Descrição	
II.5.2	Se o respondente for o profissional dentista. (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)	II.5.2/3/1	Especialização em Saúde da Família	1	Não possui
				2	Concluído
				3	Em Curso
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.5.2/3/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	Não possui
				2	Concluído
				3	Em Curso
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.5.2/3/3	Possui outra especialização? Se NÃO, passar para questão II.5.2/3/4	1	Não possui
				2	Concluído
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.5.2/3/3/1	Outra especialização. Qual?	-	-
II.5.2/3/4	Residência em Saúde da Família	1	Não possui		
		2	Concluído		
		3	Em Curso		

			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/5	Residência em Odontologia Preventiva e Social	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/6	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/7	Possui outra residência? Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/8	1	Não possui
			2	Concluído
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/7/1	Outra residência. Qual?	-	-
	II.5.2/3/8	Mestrado em Saúde da Família	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/9	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/10	Possui outro mestrado?	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/11	Doutorado em Saúde da Família	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/12	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	Não possui
			2	Concluído
			3	Em Curso
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/13	Possui outro doutorado? Se NÃO, passar para questão II.6.1.	1	Não possui
			2	Concluído
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
	II.5.2/3/13/1	Outro doutorado. Qual?	-	-

Quadro 4 – Módulo II, Atenção à saúde bucal.

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde				
Atenção à saúde bucal				
II.36.1		Como são agendadas as consultas em saúde bucal? O entrevistador deverá ler as opções.	1	Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			2	Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
			3	Dias específicos fixos em até três dias na semana
			4	Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
			5	Outro(s)
			999	Não Sabe/Não Respondeu
Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Cod	Descrição
II.36.3		Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.36.4		O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.36.5		A oferta é definida em função do risco identificado?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.36.6		A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea? Se NÃO, passar para a questão II.36.7.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.36.6/1		Existe documento que comprove?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se Aplica
II.36.7		A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento? Se NÃO, passar para a questão II.36.8.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.36.7/1		Existe documento que comprove?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se Aplica

4. Resultados

Os resultados serão expressos a seguir de acordo com as perguntas realizadas nos instrumentos de avaliação externa do Módulo II item II.5.2 (formação e qualificação dos profissionais cirurgião-dentista da equipe de Atenção Básica) e item II.36 Atenção à saúde bucal (processo de trabalho).

No 1º ciclo do PMAQ, no item II 5.2 foram entrevistados 249 profissionais da equipe de Saúde da Família com saúde bucal; e 10 profissionais da equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal. Já no item II.36 foram entrevistados 12.075 profissionais da equipe de Saúde da Família com saúde bucal; 328 profissionais da equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal.

Seguindo os dois tipos de modelos de atenção à saúde, a região com maior número de entrevistados foi a nordeste. Não foi realizada entrevista para a equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal na região norte para as perguntas do item II.5.2. Infere-se que não havia cirurgião-dentista no momento da avaliação externa.

A Tabela 1 apresenta os entrevistados da equipe SF com saúde bucal (SB) que possuem especialização. A maioria dos entrevistados (49,0% e 64,7%) não possui nenhuma das especializações perguntadas. Porém, esses profissionais possuem outra especialização (66,3%). Os piores índices, de “não possuir especialização” em Saúde da Família ficaram para a região norte (94,4%) e em Saúde Pública/Saúde Coletiva para a região nordeste (67,3%) e sudeste (67,5%). Dos que possui especialização em Saúde da Família, 60,0% estão na região sudeste; e para Saúde Pública/ Saúde Coletiva, 36,4% estão na região sul; e outra especialização a maior parte está na região centro-oeste e norte (75,0% e 72,2%).

Para as equipes parametrizadas (Tabela 2), a maior parte (70,0% e 50,0%) não possui especialização em SF e Saúde Pública/Saúde Coletiva. Porém, 60,0% possui outro tipo de especialização.

Em relação às residências, mestrados e doutorados (Tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8) mais de 90% dos entrevistados não possui para os dois modelos de atenção à saúde.

Sobre a organização do processo de trabalho do agendamento de consultas (Tabela 9 e 10), o “agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário” foi o tipo mais referido, sendo a maior parte na região sudeste. O “outro tipo” de agenda ficou em segundo lugar. O de “dias específicos fixos em até três dias na semana” é o terceiro tipo utilizado pelas equipes. O “agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos”, está em última colocação. É interessante observar que os padrões se repetem para os dois modelos de atenção à saúde.

O acolhimento à demanda espontânea para saúde bucal (Tabelas 11 e 12) é realizado pela maioria das ESB e em todas as 5 regiões, nos dois modelos. Quando perguntados se “a equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea” (Tabelas 17 e 18) 56,1% e 59,8% dos entrevistados, para os dois modelos, informaram que não existe. Porém, uma parcela significativa tem um protocolo de acolhimento (43,8% e 39,9%). Dentre

esses, a região sudeste é a que mais realiza dentro das equipes da ESF e a região sul para as equipes parametrizadas.

Em relação se o profissional da equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento (Tabelas 13 e 14) quase 90%, dos dois tipos de equipes, e em todas as regiões informaram que sim. A maior parte dos profissionais que informaram que não fazem essa avaliação de risco, encontra-se na região norte e centro-oeste. Se a oferta do atendimento é em função do risco identificado (Tabelas 15 e 16) 83,2% e 76,8% das equipes informaram que sim. Das regiões que mais relataram a não oferta, está à região norte e nordeste (ESF) e norte e sudeste (equipe parametrizada).

Observou-se que as equipes garantem agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento (Tabelas 19 e 20). Entretanto, 13,8% das equipes Saúde da Família e 18,6% das equipes parametrizadas não garantem um continuidade do tratamento, principalmente nas regiões norte e nordeste.

Tabela 1 – Proporção de profissionais de Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal que possuem Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outra, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal										
		Especialização em Saúde da Família			Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outra especialização?		Total % (n)
		Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
Região	NORTE	94,4 (17)	5,6 (1)	0,0 (0)	66,7 (12)	27,8 (5)	5,6 (1)	72,2 (13)	27,8 (5)	100,0 (18)
	NORDESTE	52,2 (59)	38,1 (43)	9,7 (11)	67,3 (76)	25,7 (29)	7,1 (8)	64,6 (73)	35,4 (40)	100,0 (113)
	SUDESTE	27,5 (11)	60,0 (24)	12,5 (5)	67,5 (27)	32,5 (13)	0,0 (0)	60,0 (24)	40,0 (16)	100,0 (40)
	SUL	43,9 (29)	34,8 (23)	21,2 (14)	60,6 (40)	36,4 (24)	3,0 (2)	69,7 (46)	30,3 (20)	100,0 (66)
	CENTRO-OESTE	50,0 (6)	50,0 (6)	0,0 (0)	50,0 (6)	33,3 (4)	16,7 (2)	75,0 (9)	25,0 (30)	100,0 (12)
Total		49,0 (122)	39,0 (97)	12,0 (30)	64,7 (161)	30,1 (75)	5,2 (13)	66,3 (165)	33,7 (840)	100,0 (249)

Tabela 2 – Proporção de profissionais de Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal que possuem Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outra, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal										
		Especialização em Saúde da Família			Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outra especialização?		Total % (n)
		Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
Região	NORTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NORDESTE	83,3 (5)	16,7 (1)	0,0 (0)	50,0 (3)	50,0 (3)	0,0 (0)	66,7 (4)	33,3 (2)	100,0 (6)
	SUDESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	100,0 (1)
	SUL	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	50,0 (1)	50,0 (1)	100,0 (2)
	CENTRO-OESTE	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100,0 (1)
Total		70,0 (7)	20,0 (2)	10,0 (1)	50,0 (5)	50,0 (5)	0,0 (0)	60,0 (6)	40,0 (4)	100,0 (10)

Tabela 3 – Proporção de profissionais de Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal que possuem Residência em Saúde da Família, Odontologia Preventiva e Social, e Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outra, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal												
Região		Residência em Saúde da Família			Residência em Odontologia Preventiva e Social			Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Possui outra residência?		Total % (n)
		Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
Região	NORTE	100,0 (18)	0,0 (0)	0,0 (0)	94,4 (17)	5,6 (1)	0,0 (0)	94,4 (17)	5,6 (1)	0,0 (0)	100,0 (18)	100 (18)
	NORDESTE	96,5 (109)	3,5 (4)	0,0 (0)	99,1 (112)	0,9 (1)	0,0 (0)	99,1 (112)	0,9 (1)	1,8 (2)	98,2 (111)	100 (113)
	SUDESTE	95,0 (38)	2,5 (1)	2,5 (1)	95,0 (38)	2,5 (1)	2,5 (1)	100,0 (40)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (40)	100 (40)
	SUL	93,9 (62)	6,1 (4)	0,0 (0)	100,0 (66)	0,0 (0)	0,0 (0)	98,5 (65)	1,5 (1)	1,5 (1)	98,5 (65)	100 (66)
	CENTRO-OESTE	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	100 (12)
Total		96,0 (239)	3,6 (9)	0,4 (1)	98,4 (245)	1,2 (3)	0,4 (1)	98,8 (246)	1,2 (3)	1,2 (3)	98,8 (246)	100 (249)

Tabela 4 – Proporção de profissionais de Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal que possuem Residência em Saúde da Família, Odontologia Preventiva e Social, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outra, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal												
Região		Residência em Saúde da Família			Residência em Odontologia Preventiva e Social			Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Possui outra residência?		Total % (n)
		Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
Região	NORTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NORDESTE	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)	100 (6)
	SUDESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100 (1)
	SUL	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	100 (2)
	CENTRO-OESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100 (1)
Total		100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (10)	100 (10)

Tabela 5 – Proporção de profissionais de Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal que possuem Mestrado em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outro, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal												
Região		Mestrado em Saúde da Família			Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outro mestrado?			Total % (n)	
		Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)		
Região	NORTE	100,0 (18)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (18)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (18)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (18)	
	NORDESTE	96,5 (109)	1,8 (2)	1,8 (2)	96,5 (109)	2,7 (3)	0,9 (1)	93,8 (106)	5,3 (6)	0,9 (1)	100,0 (113)	
	SUDESTE	100,0 (40)	0,0 (0)	0,0 (0)	97,5 (39)	0,0 (0)	2,5 (1)	95,0 (38)	5,0 (2)	0,0 (0)	100,0 (40)	
	SUL	97,0 (64)	3,0 (2)	0,0 (0)	97,0 (64)	1,5 (1)	1,5 (1)	97,0 (64)	3,0 (2)	0,0 (0)	100,0 (66)	
	CENTRO-OESTE	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	91,7 (11)	8,3 (1)	0,0 (0)	100,0 (12)	
Total		97,6 (243)	1,6 (4)	0,8 (2)	97,2 (242)	1,6 (4)	1,2 (3)	95,2 (237)	4,4 (11)	0,4 (1)	100,0 (249)	

Tabela 6 – Proporção de profissionais de Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal que possuem Mestrado em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outro, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal										
Região	Mestrado em Saúde da Família			Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outro mestrado?			Total % (n)
	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	
NORTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NORDESTE	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	83,3 (5)	16,7 (1)	0,0 (0)	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)
SUDESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100, (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)
SUL	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100, (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	100,0 (2)
CENTRO-OESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100, (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)
Total	100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	90,0 (9)	10,0 (1)	0,0 (0)	90,0 (9)	10,0 (1)	0,0 (0)	100,0 (10)

Tabela 7 – Proporção de profissionais de Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal que possuem Doutorado em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outro, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal									
Região	Doutorado em Saúde da Família			Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outro doutorado?		Total % (n)
	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
NORTE	94,4 (17)	0,0 (0)	5,6 (1)	100,0 (18)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (18)	100,0 (18)
NORDESTE	98,2 (111)	1,8 (2)	0,0 (0)	98,2 (111)	1,8 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (113)	100,0 (113)
SUDESTE	100,0 (40)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (40)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,5 (1)	97,5 (39)	100,0 (40)
SUL	100,0 (66)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (66)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (66)	100,0 (66)
CENTRO-OESTE	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (12)	100,0 (12)
Total	98,8 (246)	0,8 (2)	0,4 (1)	99,2 (247)	0,8 (2)	0,0 (0)	0,4 (1)	99,6 (248)	100,0 (249)

Tabela 8 – Proporção de profissionais de Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal que possuem Doutorado em Saúde da Família, Saúde Pública/Saúde Coletiva ou outro, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal									
Região	Doutorado em Saúde da Família			Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva			Possui outro doutorado?		Total % (n)
	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Não possui % (n)	Concluído % (n)	Em Curso % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	
NORTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NORDESTE	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (6)	100,0 (6)
SUDESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100,0 (1)
SUL	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	100,0 (2)
CENTRO-OESTE	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)	100,0 (1)
Total	100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (10)	100,0 (10)

Tabela 9 – Proporção de tipos de consultas agendadas pelos profissionais de Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal								
		Como são agendadas as consultas em saúde bucal?						
		Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário % (n)	Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos % (n)	Dias específicos fixos em até três dias na semana % (n)	Dias específicos fixos em mais de três dias na semana % (n)	Outro(s) % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	Total % (n)
Região	NORTE	32,6 (260)	16,3 (130)	21,6 (172)	9,0 (72)	19,7 (157)	0,9 (7)	100,0 (798)
	NORDESTE	26,1 (1.200)	9,3 (430)	26,0 (1.198)	10,7 (493)	27,7 (1.275)	0,1 (3)	100,0 (4.599)
	SUDESTE	50,5 (1.942)	13,7 (525)	12,3 (473)	5,9 (225)	17,6 (677)	0,0 (0)	100,0 (3.842)
	SUL	42,8 (835)	14,1 (275)	17,8 (347)	5,3 (104)	19,9 (389)	0,0 (0)	100,0 (1.950)
	CENTRO-OESTE	40,6 (360)	11,1 (98)	12,6 (112)	3,4 (30)	32,2 (285)	0,0 (0)	100,0 (886)
Total		38,1 (4.597)	12,1 (1.458)	19,1 (2.302)	7,7 (924)	23,0 (2.783)	0,1 (11)	100,0 (12.075)

Tabela 10 – Proporção de tipos de consultas agendadas pelos profissionais de Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal								
		Como são agendadas as consultas em saúde bucal?						
		Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário % (n)	Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos % (n)	Dias específicos fixos em até três dias na semana % (n)	Dias específicos fixos em mais de três dias na semana % (n)	Outro(s) % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	Total % (n)
Região	NORTE	7,7 (10)	15,4 (20)	38,5 (5)	30,8 (4)	7,7 (1)	0,0 (0)	100,0 (13)
	NORDESTE	35,3 (55)	3,8 (6)	16,7 (26)	10,9 (17)	33,3 (52)	0,0 (0)	100,0 (156)
	SUDESTE	48,9 (43)	18,2 (16)	11,4 (10)	3,4 (3)	18,2 (16)	0,0 (0)	100,0 (88)
	SUL	43,8 (14)	18,8 (6)	21,9 (7)	3,1 (1)	12,5 (4)	0,0 (0)	100,0 (32)
	CENTRO-OESTE	48,7 (19)	10,3 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)	38,5 (15)	2,6 (1)	100,0 (39)
Total		40,2 (132)	10,4 (34)	14,6 (48)	7,6 (25)	26,8 (88)	0,3 (1)	100,0 (328)

Tabela 11 – Proporção de acolhimento à demanda espontânea específica pela Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal					
		Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?			
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	Total % (n)
Região	NORTE	82,3 (657)	16,8 (134)	0,9 (7)	100,0 (798)
	NORDESTE	83,2 (3.828)	16,7 (768)	0,1 (3)	100,0 (4.599)
	SUDESTE	89,6 (3.444)	10,3 (397)	0,0 (1)	100,0 (3.842)
	SUL	88,2 (1.719)	11,8 (231)	0,0 (0)	100,0 (1.950)
	CENTRO-OESTE	76,1 (674)	23,8 (211)	0,1 (1)	100,0 (886)
Total		85,5 (10.322)	14,4 (1.741)	0,1 (12)	100,0 (12.075)

Tabela 12 – Proporção de acolhimento à demanda espontânea específica pela Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal					
		Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?			Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	
Região	NORTE	61,5 (8)	38,5 (5)	0,0 (0)	100,0 (13)
	NORDESTE	71,2 (111)	28,8 (45)	0,0 (0)	100,0 (156)
	SUDESTE	83,0 (73)	17,0 (15)	0,0 (0)	100,0 (88)
	SUL	84,4 (27)	15,6 (5)	0,0 (0)	100,0 (32)
	CENTRO-OESTE	66,7 (26)	30,8 (12)	2,6 (1)	100,0 (39)
Total		74,7 (245)	25,0 (82)	0,3 (1)	100,0 (328)

Tabela 13 – Proporção de avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento pela Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal					
		O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?			Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	
Região	NORTE	86,7 (692)	12,4 (99)	0,9 (7)	100,0 (798)
	NORDESTE	89,8 (4.129)	10,2 (467)	0,1 (3)	100,0 (4.599)
	SUDESTE	92,6 (3558)	7,4 (283)	0,0 (1)	100,0 (3.842)
	SUL	92,5 (1803)	7,5 (147)	0,0 (0)	100,0 (1.950)
	CENTRO-OESTE	88,3 (782)	11,6 (103)	0,1 (1)	100,0 (886)
Total		90,8 (10.964)	9,1 (1.099)	0,1 (12)	100,0 (12.075)

Tabela 14 – Proporção de avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento pela Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal					
		O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?			Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	
Região	NORTE	76,9 (10)	23,1 (3)	0,0 (0)	100,0 (13)
	NORDESTE	90,4 (141)	9,6 (15)	0,0 (0)	100,0 (156)
	SUDESTE	94,3 (83)	5,7 (5)	0,0 (0)	100,0 (88)
	SUL	87,5 (28)	12,5 (4)	0,0 (0)	100,0 (32)
	CENTRO-OESTE	76,9 (30)	20,5 (8)	2,6 (1)	100,0 (39)
Total		89,0 (292)	10,7 (35)	0,3 (1)	100,0 (328)

Tabela 15 – Proporção de oferta definida em função do risco identificado pela Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal					
		A oferta é definida em função do risco identificado?			Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	
Região	NORTE	79,9 (638)	19,2 (153)	0,9 (7)	100,0 (798)
	NORDESTE	81,1 (3.731)	18,8 (865)	0,1 (3)	100,0 (4.599)
	SUDESTE	86,9 (3.340)	13,0 (501)	0,0 (1)	100,0 (3.842)
	SUL	82,9 (1.616)	17,1 (334)	0,0 (0)	100,0 (1.950)
	CENTRO-OESTE	81,7 (724)	18,2 (161)	0,1 (1)	100,0 (886)
Total		83,2 (10.049)	16,7 (2.014)	0,1 (12)	100,0 (12.075)

Tabela 16 – Proporção de oferta definida em função do risco identificado pela Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal					
		A oferta é definida em função do risco identificado?			Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)	
Região	NORTE	76,9 (10)	23,1 (3)	0,0 (0)	100,0 (13)
	NORDESTE	78,8 (123)	21,2 (33)	0,0 (0)	100,0 (156)
	SUDESTE	71,6 (63)	28,4 (25)	0,0 (0)	100,0 (88)
	SUL	81,3 (26)	18,8 (6)	0,0 (0)	100,0 (32)
	CENTRO-OESTE	76,9 (30)	20,5 (8)	2,6 (1)	100,0 (39)
Total		76,8 (252)	22,9 (75)	0,3 (1)	100,0 (328)

Tabela 17 – Proporção de protocolo de acolhimento à demanda espontânea e documento que o comprove pela Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal								
		A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?			Total % (n)	Existe documento que comprove?		Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)		Sim % (n)	Não % (n)	
Região	NORTE	39,8 (318)	59,3 (473)	0,9 (7)	100,0 (798)	67,3 (214)	32,7 (104)	100,0 (318)
	NORDESTE	37,4 (1.722)	62,5 (2.874)	0,1 (3)	100,0 (4.599)	64,5 (1.110)	35,5 (612)	100,0 (1.722)
	SUDESTE	52,8 (2.029)	47,2 (1.812)	0,0 (1)	100,0 (3.842)	78,6 (1.594)	24,4 (435)	100,0 (2.029)
	SUL	45,5 (887)	54,5 (1.063)	0,0 (0)	100,0 (1.950)	73,3 (650)	26,7 (237)	100,0 (887)
	CENTRO-OESTE	38,1 (338)	61,7 (547)	0,1 (1)	100,0 (886)	62,4 (211)	37,6 (127)	100,0 (338)
Total		43,8 (5.294)	56,1 (6.769)	0,1 (12)	100,0 (12.075)	71,4 (3.779)	28,6 (1.515)	100,0 (5.294)

Tabela 18 – Proporção de protocolo de acolhimento à demanda espontânea e documento que o comprove pela Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal								
Região		A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?			Total % (n)	Existe documento que comprove?		Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)		Sim % (n)	Não % (n)	
		NORTE	46,2 (6)	53,8 (7)	0,0 (0)	100,0 (13)	50,0 (3)	50,0 (3)
NORDESTE	35,3 (55)	64,7 (101)	0,0 (0)	100,0 (156)	50,9 (28)	49,1 (27)	100,0 (55)	
SUDESTE	42,0 (37)	58,0 (51)	0,0 (0)	100,0 (88)	75,7 (28)	24,3 (9)	100,0 (37)	
SUL	59,4 (19)	40,6 (13)	0,0 (0)	100,0 (32)	84,2 (16)	15,8 (3)	100,0 (19)	
CENTRO-OESTE	35,9 (14)	61,5 (24)	2,6 (1)	100,0 (39)	64,3 (9)	35,7 (5)	100,0 (14)	
Total	39,9 (131)	59,8 (196)	0,3 (1)	100,0 (328)	64,1 (84)	35,9 (47)	100,0 (131)	

Tabela 19 – Proporção de agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento pela Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal								
Região		A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?			Total % (n)	Existe documento que comprove?		Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)		Sim	Não	
		NORTE	84,8 (677)	14,3 (114)	0,9 (7)	100,0 (798)	82,3 (557)	17,7 (120)
NORDESTE	78,8 (3.626)	21,1 (970)	0,1 (3)	100,0 (4.599)	77,9 (2.823)	22,1 (803)	100,0 (3.626)	
SUDESTE	94,3 (3.624)	5,6 (217)	0,0 (1)	100,0 (3.842)	93,4 (3.386)	6,6 (238)	100,0 (3.624)	
SUL	86,2 (1.680)	13,8 (270)	0,0 (0)	100,0 (1.950)	87,8 (1.475)	12,2 (205)	100,0 (1.680)	
CENTRO-OESTE	88,7 (786)	11,2 (99)	0,1 (1)	100,0 (886)	87,2 (685)	12,8 (101)	100,0 (786)	
Total	86,1 (10.393)	13,8 (1.670)	0,1 (12)	100,0 (12.075)	85,9 (8.926)	14,1 (1.467)	100,0 (10.393)	

Tabela 20 – Proporção de agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento e documento que a comprove pela Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal, segundo a região.

Equipe de Atenção Básica (parametrizada) – com saúde bucal								
Região		A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?			Total % (n)	Existe documento que comprove?		Total % (n)
		Sim % (n)	Não % (n)	Não Sabe/Não Respondeu % (n)		Sim % (n)	Não % (n)	
		NORTE	61,5 (8)	38,5 (5)	0,0 (0)	100,0 (13)	87,5 (7)	12,5 (1)
NORDESTE	78,2 (122)	21,8 (34)	0,0 (0)	100,0 (156)	63,1 (77)	36,9 (45)	100,0 (122)	
SUDESTE	92,0 (81)	8,0 (7)	0,0 (0)	100,0 (88)	86,4 (70)	13,6 (11)	100,0 (81)	
SUL	81,3 (26)	18,8 (6)	0,0 (0)	100,0 (32)	100,0 (26)	0,0 (0)	100,0 (26)	
CENTRO-OESTE	74,4 (29)	23,1 (9)	2,6 (1)	100,0 (39)	89,7 (26)	10,3 (3)	100,0 (29)	
Total	81,1 (266)	18,6 (61)	0,3 (1)	100,0 (328)	77,4 (206)	22,6 (60)	100,0 (266)	

5. Discussão

Atenção Primária a Saúde é uma forma de organização dos serviços de saúde, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS. As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (BRASIL, 2011c apud STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde (BRASIL, 2011c).

Há anos o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a Estratégia Saúde da Família como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de Atenção Primária em todo o Brasil. Porém, não podemos desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviço, distribuídos diferentemente em todo o país.

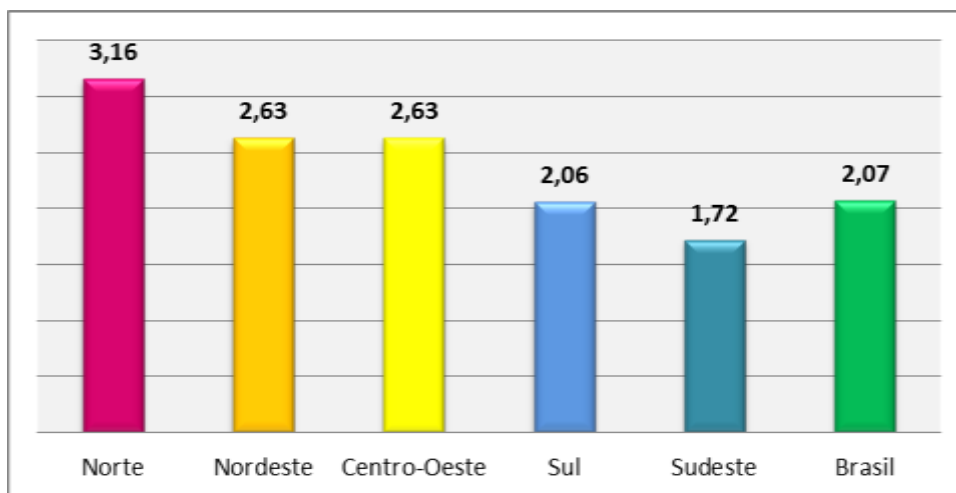
A inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na Atenção Básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. Para o cirurgião-dentista, a integração à ESF pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde (FACCIN, 2010 apud CARCERERI, 2005).

Soares et al. (2011), revisaram as publicações no período de 2001 a 2008 sobre a atuação da equipe de Saúde Bucal na ESF, buscando conhecer estudos que possam subsidiar a avaliação da inserção da saúde bucal na estratégia, entre outros assuntos.. Os autores observam que os aspectos negativos, abordados em 80% dos trabalhos analisados, foram mais numerosos do que os positivos e incluíram a falta de atividades de planejamento, programação e avaliação; a grande demanda reprimida e a pouca oferta; a não ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal em comparação com áreas não cobertas pela ESF; a maior expectativa voltada às ações curativas e queixas relacionadas à prestação no atendimento e resolubilidade do serviço por parte dos usuários; ações com foco no atendimento clínico e valorização excessiva da técnica e especialidade; predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais; dificuldade no desempenho das atividades; dificuldade no diagnóstico epidemiológico; entre outros.

No presente trabalho, os dados da equipe de Saúde da Família com saúde bucal são próximos aos da equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal. Assim, algumas práticas exercidas pelas equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para se efetivarem conforme preconizam as Políticas Nacionais de Atenção Básica e Saúde Bucal. Predominam as características do modelo tradicional de atenção, indicando que o incentivo financeiro parece não ser suficiente para promover as mudanças desejadas . Outro aspecto a ser considerado são as barreiras à consolidação da Estratégia, que podem ser inerentes ao modelo mais amplo e dominante de atenção da área da saúde, bem como aspectos políticos, econômicos e educacionais no país, e não apenas os esforços das equipes e dos serviços (SOARES et al., 2011).

Os piores resultados encontram-se na região norte, centro-oeste e nordeste, para os dois modelos de atenção à saúde. Estando de acordo com os dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2010. Nessa pesquisa, um indicador utilizado internacionalmente foi o CPO (composto pela soma dos dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. Para esta idade as médias mais elevadas foram encontradas também naquelas regiões (Gráfico 2).

Gráfico 2: CPO-D aos 12 anos, segundo a região.



Fonte: BRASIL, 2011a.

5.1 Formação e qualificação dos profissionais cirurgião-dentista da equipe de Atenção Básica

A avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ para formação e qualificação dos profissionais cirurgiões-dentistas da equipe de Atenção Básica mostrou que, independente do modelo de atenção, a maior parte dos profissionais não possui pós-graduação na área de Saúde da Família ou Coletiva. Esses dados corroboram com os estudos de Martelli et al. (2008), Castro et al. (2012) e Tomasi et al. (2008).

Martelli et al. (2008), analisaram o modelo de atenção à saúde bucal de nove municípios de Pernambuco e verificou que, igualmente ao presente trabalho, a maior parte apresenta poucos profissionais qualificados no campo da saúde coletiva, reproduzindo uma prática pouco fundamentada nos princípios do SUS e um modelo ineficaz e de baixo impacto na saúde da população.

O estudo de Castro et al. (2012), comparou a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os diferentes tipos de serviços de Atenção Primária da rede pública de Porto Alegre (Unidades Básicas de Saúde tradicionais, ESF, Centro Saúde Escola Murialdo, e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição). A qualidade da atenção foi medida por meio de entrevistas com médicos e enfermeiros. Nesse estudo se evidenciou que na ESF tem baixa proporção de profissionais especialistas. Entretanto, os profissionais da ESF informaram ter especialização na área de APS em proporção que alcançou o dobro

da informada pelos profissionais das UBS, apesar de ter menos do que os profissionais dos outros serviços.

Tomasi et al. (2008), avaliaram o perfil das equipes de saúde da Atenção Básica (das UBS tradicionais e da ESF) da região sul e nordeste. Participaram médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entre os profissionais de nível superior, somente 37% tinham especialização na área de APS. No entanto, em ambas as regiões os profissionais da ESF informaram possuir especialização na área em dobro daquela informada por profissionais do modelo tradicional, assim como no estudo de Castro et al. (2012).

No estudo, podemos observar que 60% dos profissionais das equipes parametrizadas (modelo tradicional) possui outro tipo de especialização. Isto é observado Funk et al. (2004), onde quase metade dos dentistas entrevistado já fizeram uma pós-graduação e as áreas mais cursadas foram endodontia, periodontia, prótese, odontopediatria e ortodontia.

A formação para o SUS na graduação de odontologia é deficiente e a aproximação com a área de saúde coletiva pode se dar por meio da educação permanente (VILLALBA, MADUREIRA, BARROS, 2009). A necessidade de melhorar a formação dos profissionais é preocupação de muitos autores, para definitivamente representar perfil e prática profissional consoantes com os fundamentos da ESF (SOARES et al., 2011).

Sob a perspectiva do profissional da Atenção Básica, a necessidade e a importância da educação permanente foram explicitadas, tanto dos cursos de especialização em saúde coletiva como a capacitação (VILLALBA, MADUREIRA, BARROS, 2009). No estudo de Castro et al. (2012), para os profissionais, possuir “especialidade na área de APS” e “oferta de educação continuada” é uma prevalência de alto Escore Geral, utilizando o Primary Care Assessment Toll, à atenção à saúde do adulto. Isto evidencia que o investimento na formação profissional especializada em APS pode ser uma estratégia de qualificação da atenção em todos os tipos de serviços.

A falta de conhecimento dos profissionais com os princípios do SUS, Atenção Primária e Saúde da Família compromete todo o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica.

5.2 Processo de trabalho das equipes de saúde bucal

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b) define que são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Incluindo o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais. Recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários. Cabe a equipe de Atenção Básica o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a

responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Sobre acesso e acolhimento, a PNAB explica que são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à **primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade**, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. E que são atribuições específicas do dentista, ASB e TSB realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

Apresentamos que em relação à organização do processo de trabalho do agendamento clínico, dos tipos de consultas agendadas pelas equipes, o “agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário” foi o tipo mais referido, mostrando que não existe agenda programada para grupos específicos, agenda de atendimentos agudos (demanda espontânea) ou agenda de retorno/reavaliação ou outros casos. E que ainda o acolhimento à demanda espontânea para saúde bucal é realizado pela maioria das equipes, sem protocolo de acolhimento, nos dois modelos.

Apesar de ser necessário programar o acompanhamento dos usuários nas agendas dos profissionais (sob pena da Atenção Básica se reduzir um pronto atendimento), também é fundamental que as unidades de Atenção Básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado. Existem alguns modos de acolhimento utilizados como (BRASIL, 2013):

- 1) acolhimento pela equipe de referência do usuário;
- 2) equipe de acolhimento do dia;
- 3) acolhimento misto (equipe de referência do usuário e equipe de acolhimento do dia);
- 4) acolhimento coletivo.

O estudo de Pimentel et al. (2012), analisou o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no estado de Pernambuco, segundo porte populacional e um dos enfoques foi sobre a organização do atendimento clínico. Observou-se que as equipes reservam um ou mais turnos da semana para atendimento aos grupos prioritários (82,3%). A marcação por microárea, por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde, assim como a agenda aberta, mostraram diferenças significativas, evidenciando serem menos realizadas pelos municípios de grande porte e mais frequentes nos municípios de médio e pequeno porte. Entretanto, o ponto essencial sobre a organização do atendimento está na comparação entre os itens “risco e demanda espontânea”: a marcação por risco é mais encontrada nas equipes dos municípios de grande porte, enquanto a marcação por demanda espontânea mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte, em que o paciente somente procura o serviço quando a doença já está instalada e, no caso da Odontologia, quando há dor de dente.

Um fator pouco considerado atualmente como redefinidor das práticas odontológicas na ESF é o enfoque de risco. Por meio desse, é possível identificar

as populações com maior risco de desenvolver determinados agravos e, com isso, estabelecer prioridades na atenção à saúde. Segundo alguns autores (PIMENTEL et al., 2012 apud SOUZA, RONCALLI, 2007), a programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adscrita, permitindo priorizar grupos mais necessitados e alocar recursos de forma direcionada à modificação positiva das condições de saúde da população, valendo-se de práticas mais efetivas.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b) refere que no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, as ações devem ser desenvolvidas de maneira que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) citam que as ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

A forma de organização do agendamento clínico também reflete a atenção dada aos grupos de risco pelas equipes de saúde bucal da Saúde Família e parametrizadas. Vimos que quase 90% dos profissionais das equipes realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento, e que a oferta do atendimento é em função do risco identificado estando de acordo com a PNAB.

A Atenção Primária tem qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção à saúde. Apesar de seus atributos serem interdependentes e complementares iremos destacar o atributo “Primeiro contato”, pois ele encontra-se bastante associado às perguntas da avaliação externa do item II.36.

O Primeiro contato significa acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema. Um serviço é porta de entrada quando a população e equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde (STARFIELD, 2002). O acesso tem dois componentes (BRASIL, 2011c):

a. o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;

b. o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso. O mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível; a facilidade de acesso para idosos e portadores de deficiências

físicas; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa etc. A organização da agenda para garantir consultas programadas permite que as ações de promoção e prevenção em saúde, tais como acompanhamento pré-natal e aconselhamento em doenças crônicas, sejam realizadas.

Torna-se necessário, portanto, refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de Atenção Primária e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde (BRASIL, 2013). Uma tecnologia do cuidado (conjunto de instrumentos materiais do trabalho) que amplia o acesso e é um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes é o acolhimento.

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações (BRASIL, 2013). Sugere-se:

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, as consultas entre os profissionais da equipe (por exemplo, médico e enfermeiro);
- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco;
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos.

O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados, agravando o acesso (BRASIL, 2013).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões (BRASIL, 2013). A programação e o planejamento de ações devem ser baseadas nas condições de saúde da população adscrita, a fim de estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada, permitindo o desenvolvimento de práticas mais efetivas (PIMENTEL et al. 2010).

Como a avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ foi feita para qualquer profissional de nível superior da equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica parametrizada, os dados podem estar mal informados.

6. Conclusão

Apesar da incorporação do cirurgião-dentista à Estratégia Saúde da Família, verifica-se que a maior parte das equipes de saúde bucal da ESF ou parametrizadas apresentam poucos profissionais qualificados na área de Saúde da Família ou Coletiva, comprometendo todo o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. Essa baixa qualificação repercute no acesso e acolhimento dos serviços de saúde para a população.

No presente trabalho, os dados da equipe de Saúde da Família com saúde bucal são próximos aos da equipe de Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal. Assim, algumas práticas exercidas pelas equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para se efetivarem conforme preconizam as Políticas Nacionais de Atenção Básica e Saúde Bucal.

Para promover as mudanças desejadas, é necessário investir na ESF e nos outros modelos de atenção, principalmente na qualificação do acesso e na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área da APS e a efetivação dos programas de educação continuada. As estratégias que o Ministério da Saúde atualmente oferece para qualificar a atenção à saúde e capacitar os profissionais de saúde do SUS são o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde.

7. Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267GM/MS, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>>. Acesso: 25 mar. 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010 - Resultados Principais, 2011a. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>. Acesso: 25 mar. 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576/GM/MS, de 19 de setembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011c.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea vol. I / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso: 25 mar. 2014.
11. CALVO, M. C. M. et al. Avaliação da Atenção Primária em saúde bucal. In: GOES, P. S. A. e MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médica, p. 181-193, 2012.
12. CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(9): p. 1772-1784, set, 2012.
13. FACCIN, D., SEBOLD, R., CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): p. 1643-1652, 2010.

14. FELISBERTO, E. et al. Institucionalização da avaliação em saúde. In: GOES, P. S. A. e MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médica, p. 149-156, 2012.
15. FUNK P. P. et al. Perfil profissional formado pela faculdade de odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS: da formação à realidade profissional. Passo Fundo, 9 (2): p. 105- 109, 2004.
16. MARTELLI, P. J. L. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5): p. 1669-1674, 2008.
17. PIMENTEL, F. C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): p. 2189-2196, 2010.
18. PIMENTEL, F. C. et al. 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, Rio de Janeiro, 28, P. 146-157, 2012.
19. PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. PUC-SP PRÓ-SAÚDE, Bibliografia, 2012. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_13.pdf> . Acesso em: 24 jun. 2014.
20. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
21. HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da Atenção Primária sobre a saúde infantil. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun 2004.
22. SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): p. 3169-3180, 2011.
23. SOUSA M. F., HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Cienc. & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 14(1): p. 1325-35, 2009.
24. TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (1): p. 193-201, 2008.
25. VILLALBA, J. P., MADUREIRA P. R., BARROS N. F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde. Rev. Inst. Ciênc. Saúde, Campinas, 27(3): p. 262-268, 2009.