

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: RESULTADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Organization of dental care in the city of Rio de Janeiro: results of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care

Elisete Casotti¹, Juliana de Oliveira Gabriel²

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a organização do processo de trabalho em saúde bucal das equipes que aderiram ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, da rede municipal do Rio de Janeiro. Foram avaliadas as seguintes dimensões: (i) organização da demanda; (ii) oferta de ações e procedimentos básicos; e (iii) organização e acesso aos procedimentos odontológicos de média complexidade. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e analítica, de abordagem quantitativa, realizado, a partir dos dados secundários do Módulo II do componente Avaliação Externa do Programa. Os dados foram analisados por Área de Planejamento e para o conjunto da cidade. Na organização da demanda, a maioria das equipes relata realizar acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade, mas nem todos comprovam. Alguns procedimentos clínicos básicos não são ofertados pelas equipes. A endodontia é a especialidade com maior tempo de espera e grande parte das equipes não tem acesso a laboratórios de próteses dentárias. Muitos respondentes desconhecem a rede de serviços complementares em saúde bucal. Criar uma agenda propositiva para discussões dessas questões parece ser um dos caminhos para a melhoria do acesso e da qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Odontologia em Saúde Pública; Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

Desde a inclusão oficial da equipe de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), no final do

ABSTRACT

This study aims to analyze the organization of the work process in oral health teams that have joined Improvement Program Access and Quality of Primary Care, the municipal system of Rio de Janeiro. The following dimensions were measured: organization of demand (I); offering basic procedures and (II); and organization and access to dental procedures of medium complexity (III). This is a study of nature descriptive and analytical, quantitative approach, performed from the secondary data from the External Evaluation Module II component of the Program. Data were analyzed by Planning Area for the entire city. In the organization of demand most teams carry host reports and risk assessment and vulnerability, but not all show. Some basic clinical procedures are not offered by the teams. Endodontics is the specialty with longer waiting time and most teams do not have access to dental prosthesis laboratories. Many respondents are unaware of the range of supplementary services in oral health. Creating a proposed agenda for discussions of these issues seems to be one of the ways to improve access and quality.

KEYWORDS: Primary Health Care; Evaluation of Health Services; Public Health Dentistry; Oral Health.

ano 2000, houve uma importante expansão do número de equipes em todo o território nacional, passando de 4.261 em 2002, para 23.251 em 2014.^{1,3}

A reorganização das práticas em saúde bucal em todos

¹ Instituto de Saúde Coletiva - Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. E-mail: elisete.casotti@gmail.com.

² Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

os níveis, historicamente caracterizada pela livre demanda, pelo acesso limitado e pela natureza cirúrgica/mutilatória, foi assumida pelas 'Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal' – PNSB, publicadas em 2004, e pelo seu desdobramento, o Programa Brasil Sorridente.⁴

Entretanto, se o crescimento numérico dos pontos de acesso a ações e serviços de saúde bucal não pode ser questionado, o mesmo não acontece com a organização e a qualidade do cuidado prestado pelas equipes ao longo desses últimos dez anos. Muitos fatores contribuem para que, em muitas partes do país, o modelo permaneça operando segundo a lógica de prestação de serviço privado, onde há predomínio da livre demanda e da oferta de procedimentos de forma avulsa. O modelo biomédico de formação dos dentistas, a forte orientação para o exercício da clínica privada, a desvalorização do trabalho no setor público e a limitada capacidade gerencial de administradores e técnicos de saúde bucal têm normalizado situações inadmissíveis em se tratando da prestação do cuidado em saúde bucal no SUS.^{5,6}

Segundo Zanetti,⁷ a expansão ocorreu sem o apoio a uma forma sustentável de programação, o que impossibilitou que os gestores traduzissem os princípios do SUS em ações assistenciais concretas. Essa situação, na opinião do autor, levou à proliferação de experiências pautadas por ensaísmos que, em alguns casos, representaram uma involução programática.

Manfredini,⁸ identificando os limites da implantação da PNSB, afirma que esta não foi seguida por processos de monitoramento e avaliação e que, da mesma forma, o incremento no financiamento não “foi acompanhado de um esforço deliberado, constante e global de melhoria da capacidade administrativa e da gestão de serviços odontológicos, caracterizando um cenário onde “o planejamento e a programação são incipientes e insuficientes”.

Com objetivo de induzir mudanças qualitativas no sistema de saúde brasileiro e estabelecer uma cultura avaliativa, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB. O PMAQ está organizado em quatro fases complementares, conformando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB – adesão por parte das equipes e contratualização de metas junto ao MS; desenvolvimento de uma autoavaliação e da adoção de medidas locais para a melhoria no processo de trabalho; recebimento de uma avaliação externa para fins de certificação; e a recontratualização.⁹

A avaliação externa incluiu três módulos de coleta, a saber: “Módulo I – Observação na Unidade de Saúde”; “Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade

de Saúde” e “Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário”.

Neste estudo, será objeto de análise o conjunto de questões referidas à seção de saúde bucal pertencente ao Módulo II. O universo está circunscrito às equipes de saúde bucal da rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro, que aderiram ao ciclo I do PMAQ-AB (n=186), com certificação realizada no ano de 2012.

No município do Rio de Janeiro, a implantação e o crescimento do número de equipes de saúde bucal ocorreram de forma expressiva, após o ano de 2009, acompanhando a expansão tardia da Estratégia de Saúde da Família na cidade. As primeiras 11 equipes foram implantadas em 2005, quatro anos após a inclusão oficial da saúde bucal na equipe mínima. Em 2009, a cidade contava com apenas 50 equipes (6,0% de cobertura), passando então para 300 equipes (16,0% de cobertura) em 2012.²

Antes mesmo da adesão à ESF, a rede básica de saúde bucal já estava estruturada e funcionava na totalidade das unidades de saúde do nível primário, contando com 1200 cirurgiões dentistas e 232 equipamentos alocados nas 98 unidades básicas da rede municipal existentes.¹⁰ A rede de média complexidade foi constituída em 2004, quando a gestão municipal, atendendo aos requisitos da Portaria 2.607/GM de 2004, obteve a habilitação de 18 Centros de Especialidades Odontológicas – distribuídos em todas as dez Áreas de Planejamento Sanitário (AP) da cidade.

No presente momento, há no município 300 equipes de saúde bucal implantadas, alocadas em 212 unidades de atenção básica. A relação entre as equipes mínimas (n=720) e as de saúde bucal (n=300) é de 2,4: 1.² Na média complexidade, estão em funcionamento 17 Centros de Especialidades Odontológicas e um laboratório regional de prótese dentária (LRPD), habilitado em 2010.¹¹

Considerando as particularidades da cidade, que inclui desde a expansão tardia da saúde bucal na estratégia à existência anterior de uma rede de atenção básica tradicional e de média complexidade, o presente trabalho tem por objetivo analisar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ, na perspectiva de identificar os avanços e os limites referentes ao acesso e à qualidade da atenção em saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva e analítica, de abordagem quantitativa, realizado a partir dos dados secundários sobre a saúde bucal, pertencentes ao Módulo II, do banco de dados do componente Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humano

nos da Ensp/Fiocruz, e recebeu o parecer nº 32.012 em 06/06/2012.

A etapa da Avaliação Externa consistiu na realização de entrevistas com profissionais das equipes homologadas no PMAQ-AB. Neste caso, os respondentes para a seção do módulo II, denominada 'saúde bucal', foram exclusivamente cirurgiões-dentistas.

Na avaliação preliminar do banco, foram identificados alguns questionários duplicados, resultado da dupla entrada de dados para equipes de saúde bucal que atendiam a duas ou mais equipes mínimas. A conduta adotada incluiu: solicitação à Coordenação de Saúde Bucal de listagem com o número de ESB por unidade com ESF homologadas; o cruzamento dessa informação com o número de questionários com seção de saúde bucal respondidos e exclusão dos duplicados do banco de análise. Essa operação retirou do banco cinquenta (n=50) questionários, permanecendo cento e oitenta e seis (n=186).

A apresentação dos resultados será feita considerando-se a cidade e as dez Áreas de Planejamento Sanitário (AP), que correspondem à divisão territorial da cidade, vigente desde 1993, para fins da regionalização das ações e serviços de saúde.¹²

Como o banco corresponde somente ao universo das equipes homologadas pelo PMAQ-AB, a capacidade de

generalização ou de produção de inferências fica limitada à realidade desse conjunto de equipes. Mas, preserva a utilidade de identificar questões críticas e servir de referência inicial para um processo de monitoramento e avaliação.

A análise da seção de saúde bucal incluiu as seguintes dimensões: organização da demanda; oferta de ações e procedimentos básicos e a organização e o acesso aos procedimentos odontológicos de média complexidade. A delimitação do objeto, a disponibilidade das variáveis e o universo foram condicionados pelo desenho do instrumento proposto pelo PMAQ-AB.

Notifica-se o limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos, bem como a tensão envolvida na coleta dos dados da avaliação externa, que teve os resultados considerados na certificação do acesso e da qualidade das equipes de atenção básica – com consequentes desdobramentos políticos e financeiros.

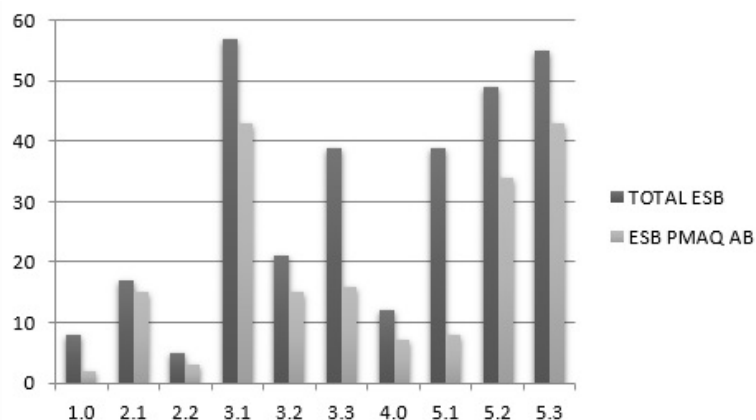
As diferenças encontradas nas formas da organização da demanda, da oferta de ações e procedimentos básicos; da organização e oferta de procedimentos de média complexidade em saúde bucal por Área de Planejamento da cidade foram verificadas com o teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5,0%. Para as análises, foram utilizados os softwares SPSS® 18.0 e Excel® 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de dentistas entrevistados pelo ciclo I do PMAQ-AB, na cidade do Rio de Janeiro foi de cento e oitenta e seis (n=186), correspondendo a 61,6% do total

de equipes de saúde bucal implantadas (n=302) no município em 2012.¹³ De acordo com o Gráfico 1, somente as AP 5.1; 1.0; 3.3 e 4.0 tiveram participação menor que 60,0% das ESB implantadas.

Gráfico 1 - Total de equipes de saúde bucal implantadas e equipes de saúde bucal participantes do Ciclo I do PMAQ-AB, segundo as Áreas de Planejamento. Rio de Janeiro, março 2012.



Fonte: PCRJ (2012) Relatório de acompanhamento de execução de metas do Sistema Orçamento da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (março, 2012).

Organização da demanda em saúde bucal

É reconhecida a complexidade da organização da demanda para o atendimento clínico individual em saúde bucal.¹⁴ O número desfavorável de equipes em relação à cobertura populacional, o perfil de adoecimento, a desigualdade social e o limitado acesso aos serviços assistenciais caracterizam o problema do cotidiano dos serviços.¹⁵ Estudos avaliativos sobre a saúde bucal na estratégia saúde da família têm indicado que avanços no modelo assistencial, incluindo a questão do acesso, ainda são limitados.^{15,17}

De acordo com a Tabela 1, das equipes entrevistadas, 47,8% relatam agendar consultas a qualquer dia da semana e horário; 8,1% a qualquer dia, em horários específicos; 14,0% em dias fixos, até 3 por semana; 13,4% em dias fixos, mais de 3 por semana; 16,7% relatam outras dinâmicas de agendamento. Esse resultado sugere que a maioria das equipes não cria obstáculos para o agendamento, atendendo ao disposto nas orientações sobre o funcionamento dos serviços no âmbito do SUS.

Ao serem perguntados sobre a existência do acolhimento à demanda espontânea para a saúde bucal, 80,6% afirmam realizá-lo. O percentual mais baixo está localizado na AP 3.1, com 64,1%. Enquanto a utilização de protocolo para o acolhimento é relatada por 75,3% do total de equipes, a AP 3.1 acumula, junto com o menor percentual de realização da atividade, também o menor percentual de uso de um protocolo (56,4%).

Quando solicitada a comprovação referente à existência do protocolo, somente 57,5% a apresentaram. Esse dado é convergente com o encontrado na investigação realizada em dezenove municípios do estado do Rio Grande do Norte, quando os autores identificaram como ponto crítico a ausência de “documentos importantes como protocolos de atendimento e relatórios de ações desenvolvidas”.¹⁶

O acolhimento, de acordo com o Caderno de Atenção Básica, nº 17,¹⁸ constitui-se numa ação que deve ocorrer em todos os momentos e locais do serviço, não se limitando ao recebimento da demanda espontânea para identificação de riscos ou urgências, mas, sim, pautar-se pelo desenvolvimento de maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca auxílio nos serviços de saúde, sempre respeitando o momento existencial de cada usuário, recebendo-o bem, com disponibilidade para escutá-lo e buscando formas de compreendê-lo e solidarizar-se com ele.

Entretanto, como esse conjunto de questões se ocupou apenas de identificar a realização do acolhimento e o uso de um protocolo (comprovado), não é possível quali-

ficar a ação e nem as orientações ou normativas agregadas na formulação do protocolo utilizado.

A avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é relatada por 82,3% dos dentistas entrevistados, enquanto a oferta de agenda em função do risco identificado é prática para 82,8% dos respondentes. Como o instrumento não explora a extensão dos conceitos adotados para risco e vulnerabilidade, novos estudos podem detalhar a experiência.

A garantia de agenda para a continuidade do tratamento é registrada por 83,9% das ESB. Nas AP 1.0, 2.2, 3.2 e 5.1, todas as equipes afirmaram essa conduta, enquanto o menor percentual se apresenta na AP 3.1 (69,2%). Garantir que o usuário tenha acesso a ações e procedimentos ofertados na atenção primária até o atendimento de suas necessidades, deve ser considerado um valor inegociável do sistema. Nesse caso, a questão não está relacionada ao tratamento completo que pode envolver outros níveis de complexidade, mas sim à organização dos serviços e das ESB para garantir um conjunto de intervenções (sejam educativas, preventivas ou cirúrgico-restauradoras) necessárias para que o usuário estabeleça melhores níveis de saúde bucal.

Em relação à identificação de grupos com necessidades específicas ou de risco, o questionário incluiu a prótese dentária e a detecção de lesões suspeitas de malignidade. Para a prótese dentária, somente 39,1% das ESB entrevistadas relatam promover ações para identificação de usuários com necessidade. As AP 2.2 e 3.2 são as que mais realizam (75,0 e 77,8%, respectivamente), possivelmente porque sediam laboratório de prótese dentária no território.

A realização da fase clínica para a instalação de próteses dentárias elementares na atenção primária é uma das diretrizes operacionais da PNSB para ampliar e qualificar esse nível de atenção. Segundo o documento, “assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população”.¹⁹

Essa orientação fundamenta-se na alta prevalência de perdas dentárias e a consequente necessidade de reabilitação. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal estimou para a população da região Sudeste, na faixa etária de 65 e 74 anos, que 17,9% necessitam de prótese total para um maxilar e 16,9% para os dois maxilares. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 66,8% da população tem alguma necessidade de uso de prótese, com predomínio das parciais (39,5 e 26,1% para prótese parcial de um e dois maxilares, respectivamente).⁴

Para viabilizar o aumento da oferta de próteses, o

Ministério da Saúde tem apoiado a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, bem como a capacitação dos Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese.²⁰

Entretanto, no caso da cidade do Rio de Janeiro, a insuficiência de laboratórios explica a não realização da fase clínica pelas equipes.

A realização de campanhas para detecção de lesões suspeitas de câncer de boca e seu encaminhamento é relatado por 74,7% das ESB. O menor percentual está na AP 3.1 (53,8%). Sobre o registro e acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados, somente 66,7% das ESB o fazem. O Manual de Especialidades¹⁴ afirma que, ao encaminhar os usuários para a atenção secundária, é de extrema importância que o acompanhamento seja realizado

pelos profissionais da UBS/SF – na perspectiva da continuidade do cuidado. Portanto, o resultado que mostra que, em média, três a cada dez dentistas não registram e nem acompanham os casos, é preocupante.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, as estimativas de novos casos para a cidade do Rio de Janeiro, em 2014, excluindo-se do *ranking* os cânceres “pele não melanoma” e aqueles classificados como “outras localizações”, é de que o câncer de boca seja o quinto mais incidente nos homens e o décimo segundo nas mulheres.² Soma-se a essa informação, o fato de que o diagnóstico tardio é apontado como um grave problema no enfrentamento do câncer bucal, pois tem produzido sofrimento, mutilações e maiores taxas de mortalidade dos pacientes.^{21,22}

Tabela 1 - Distribuição das equipes participantes do PMAQ AB – ciclo I, segundo a organização da demanda na atenção primária em saúde bucal. Módulo II da avaliação externa do PMAQ AB – ciclo I. Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Variável	Cidade	Área de Planejamento										P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
	%	%										
Agendamento de consultas												
A qualquer dia e horário	47,8	50	60	50	17,9	66,7	56,3	71,4	57,1	44,1	56,8	0,049
A qualquer dia, horários específicos	8,1	0	6,7	0	10,3	11,1	12,5	14,3	0	5,9	6,8	
Em dias fixos, até 3 por semana	14	0	20	0	15,4	0	0	0	28,6	20,6	18,2	
Em dias fixos, mais de 3 por semana	13,4	0	6,7	50	15,4	16,7	12,5	14,3	14,3	14,7	9,1	
Outros	16,7	50	6,7	0	41	5,6	18,8	0	0	14,7	9,1	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Acolhimento à demanda espontânea												
Sim	80,6	100	93,3	75	64,1	100	75	85,7	100	76,5	84,1	0,065
Não	19,4	0	9,4	25	35,9	0	25	14,3	0	23,5	15,9	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Uso de protocolo de acolhimento à demanda espontânea												
Sim	75,3	100	80	75	56,4	100	75	85,7	100	67,6	79,5	0,031
Não	24,7	0	20	25	43,6	0	25	14,3	0	32,4	20,5	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44

Variável	Cidade	Área de Planejamento										P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
	%	%										
Documento comprobatório												
Sim	57,5	100	60	50	43,6	88,9	25	57,1	85,7	52,9	65,9	0,008
Não	17,7	0	20	25	12,8	11,1	50	28,6	14,3	14,7	13,6	
Não se aplica	24,7	0	20	25	43,6	0	25	14,3	0	32,4	20,5	
Total	%	99,9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento												
Sim	82,3	100	80	100	69,2	94,4	81,3	85,7	100	82,3	84	0,402
Não	17,7	0	20	0	30,8	5,6	18,7	14,3	0	17,7	16	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Garantia de agenda para a continuidade do tratamento												
Sim	83,9	100	86,7	100	69,2	100	87,5	85,7	100	82,4	84,1	0,189
Não	16,1	0	13,3	0	30,8	0	12,5	14,3	0	17,6	15,9	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44
Documento comprobatório												
Sim	81,7	100	86,7	75	66,7	100	87,5	85,7	100	82,4	79,5	0,103
Não	2,2	0	0	25	2,6	0	0	0	0	0	4,5	
Não se aplica	16,1	0	13,3	0	30,8	0	12,5	14,3	0	17,6	15,9	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária												
Sim	39,1	50	46,7	75	13,2	77,8	25	0	28,6	30,3	59,1	0
Não	60,9	50	53,3	25	86,8	22,2	75	100	71,4	69,7	40,9	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	184	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44
Campanhas para detecção e encaminhamento de casos suspeitos de lesões bucais												
Sim	74,7	100	73,3	100	53,8	88,9	87,5	85,7	71,4	79,4	75	0,085
Não	25,3	0	26,7	0	46,2	11,1	12,5	14,3	28,6	20,6	25	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44

Variável	Cidade	Área de Planejamento											P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3		
	%	%											
Registro/ acompanhamento dos casos de câncer de boca (suspeitos e confirmados)													
Sim	66,7	100	73,3	25	59	77,8	62,5	85,7	71,4	67,6	65,9	0,551	
Não	33,3	0	26,7	75	41	22,2	37,5	14,3	28,6	32,4	34,1		
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	N	186	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Documento comprobatório													
Sim	47,3	100	53,3	0	38,5	61,1	31,3	85,7	42,9	52,9	45,5	0,53	
Não	19,4	0	20	25	20,5	16,7	31,3	0	28,6	14,7	20,5		
Não se aplica	33,3	0	26,7	75	41	22,2	37,4	14,3	28,5	32,4	34		
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44	

Fonte: Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

A oferta de ações e procedimentos básicos

O conjunto de questões propostas pelo instrumento está restrito aos procedimentos de natureza clínica individual, abordando ações preventivas, restauradoras e cirúrgicas, conforme Tabela 2.

A aplicação de flúor é registrada por 82,3% das ESB do município. A totalidade das equipes das AP 1.0, 2.2, 3.2, e 5.1 afirmam realizar o procedimento. Os menores percentuais estão nas AP 3.1 e 4.0 com 71,8 e 71,4%, respectivamente. A utilização de compostos fluoretados (géis, bochechos) na forma de aplicações profissionais, tanto para a prevenção como para o tratamento de lesões iniciais de cárie, é amplamente utilizado na saúde pública. Segundo o Guia de recomendações para o uso de fluoretos, no Brasil,²³ sua indicação inclui, entre outras, “CPOD médio maior que 3 aos 12 anos de idade; menos de 30% dos indivíduos do grupo livres de cárie aos 12 anos e populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados”. Considerando que as recomendações de uso incluem situações comuns nos territórios, não há motivo para que o mesmo não seja utilizado por parte dos profissionais.

A aplicação de selante é realizada por 79,6% dos dentistas entrevistados; nas AP 1.0, 2.2, 3.2 e 5.1 todos os profissionais realizam. Neste caso, como o instrumento não discrimina o tipo de material (resinoso ou cimento io-

nômero de vidro) e nem o protocolo de utilização, falta informação para uma discussão sobre a pertinência do seu uso em saúde pública.

O selamento provisório e o curativo de demora, realizado por 81,2 e 82,3% dos profissionais, respectivamente, não se constituem em procedimentos conclusivos e devem ser avaliados associando-se outras informações, tais como: indicações de uso, tipo de material utilizado e volume realizado. Seu uso de forma indiscriminada torna a prática clínica pouco resolutive, simplifica a intervenção do profissional, adiando a conclusão do tratamento e penalizando diretamente o usuário do serviço.

Restaurações de amálgama são realizadas por 80,1% dos dentistas. As ESB que menos utilizam amálgama estão na AP 4.0 e 3.3, com 57,1 e 68,8%, respectivamente. Por mais de 170 anos, o amálgama tem sido utilizado com sucesso como material restaurador e não há evidências que justifiquem seu banimento da clínica odontológica.²⁴ Entretanto, as controvérsias, envolvendo a toxicidade do mercúrio, fizeram com que muitas instituições de ensino já tenham abandonado seu uso. Não é objetivo deste artigo discutir especificamente o tema, mas destaca-se que esse fato tem feito com que cada vez menos alunos de odontologia aprendam e, por sua vez, usem o material. Na atenção pública brasileira, onde a maioria dos serviços não oferece condições para a substituição desse material restaurador, essa tendência pode, a médio prazo, significar

uma alta taxa de retrabalho que, em última análise, impacta no custo e no acesso de novos usuários ao sistema.

A realização de restaurações de resina composta é referida por 81,7% das equipes e os menores percentuais estão localizados nas AP 4.0 e 3.1, com 71,8 e 71,4%, respectivamente. Considerando que não há indicação de outro material para restaurações em dentes anteriores, qualquer percentual de equipes que não as realize é fato preocupante, devendo ser objeto de monitoramento pela gestão.

A raspagem, alisamento e polimento supragengivais, procedimentos que podem ser executados tanto pelo dentista como pelo técnico de saúde bucal, são realizados por somente 75,8% das equipes. Apenas nas AP 1.0, 2.2, 3.2 e 5.1 todas as equipes a executam.

Segundo dados do Saúde Bucal Brasil 2010,²⁵ a prevalência de cálculo é de 24,0% entre os jovens de 15 a 19 anos e 30,5% entre os adultos com idade de 35 a 44 anos, na região Sudeste, indicando como a condição é prevalente, devendo, portanto, seu tratamento estar disponível em todas as unidades de atenção primária.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, as exodontias são realizadas por 80,6% das ESB, sendo a AP 4.0 (71,4%) e a 3.1 (71,8%) as que apresentam os menores percentuais de realização do procedimento; a drenagem de abscesso

do as AP 1.0, 5.2 e 4.0 com os valores mais baixos de execução (50,0; 58,8 e 71,4%, respectivamente).

Considerando o atributo do acesso de primeiro contato conferido à atenção primária²⁶ e o perfil epidemiológico de saúde bucal brasileira, onde as exodontias e os procedimentos para alívio da dor ainda são comuns, não realizá-los é confundir e causar prejuízo ao usuário, que passa a peregrinar no sistema de saúde, em busca de cuidado, aumentando seu sofrimento e alimentando o descrédito na capacidade resolutiva de problemas básicos nos serviços do SUS.

A pesquisa sobre o impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária mostrou que 57,9% dos adultos entre 35 e 44 anos, da região Sudeste, referem o impacto – sendo que as dimensões comer (36,1%), escovar os dentes (29,1%), estado emocional (29,0%) e sorrir (29,0%) foram as mais afetadas. Para os jovens, o impacto atinge 38,5% e os itens com maiores percentuais seguem a mesma ordem dos adultos.²⁷

Portanto, são necessários esforços na organização do processo de trabalho, no monitoramento e avaliação, para que a melhoria da qualidade e do acesso ao cuidado na atenção básica seja consolidada e contribua para a mudança nos dados referentes ao impacto das condições de saúde bucal na vida diária.

Tabela 2 - Distribuição das equipes participantes do PMAQ AB – ciclo I, segundo a organização a oferta de procedimentos na atenção primária em saúde bucal. Módulo II da avaliação externa do PMAQ AB – ciclo I. Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Procedimentos	Cidade	Área de Planejamento											P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3		
	%	%											
Aplicação tópica de flúor													
Sim	82,3	100	80	100	71,8	100	81,3	71,4	100	82,4	81,8	0,331	
Não	17,7	0	20	0	28,2	0	18,7	28,6	0	17,6	18,2		
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44	
Aplicação de Selante													
Sim	79,6	100	86,7	100	69,2	100	62,5	57,1	100	76,5	84,1	0,052	
Não	20,4	0	13,3	0	30,8	0	37,5	42,9	0	23,5	15,9		
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44	

dentoalveolar é reportada por 74,2% dos dentistas, ficam-

Procedimentos	Cidade	Área de Planejamento										
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
	%	%										
Selamento Provisório												
Sim	81,2	100	80	100	71,8	100	75	57,1	100	82,4	81,8	0,185
Não	18,8	0	20	0	28,2	0	25	42,9	0	17,6	18,2	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Curativo de demora												
Sim	82,3	100	80	100	74,4	100	75	71,4	100	82,4	81,8	0,338
Não	17,7	0	20	0	25,6	0	25	28,6	0	17,6	18,2	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Restauração de amálgama												
Sim	80,1	100	80	100	71,8	94,4	68,8	57,1	100	82,4	81,8	0,273
Não	19,9	0	20	0	28,2	5,6	31,2	42,9	0	17,6	18,2	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Restauração de resina												
Sim	81,7	100	80	100	71,8	100	75	71,4	100	82,4	81,8	0,31
Não	18,3	0	20	0	28,2	0	25	28,6	0	17,6	18,2	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Raspagem supragengival												
Sim	75,8	100	60	100	71,8	100	75	71,4	100	70,6	72,7	0,159
Não	24,2	0	40	0	28,2	0	25	28,6	0	29,4	27,3	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Exodontia												
Sim	80,6	100	80	100	71,8	100	75	71,4	85,7	79,4	81,8	0,473
Não	19,4	0	20	0	28,2	0	25	28,6	14,3	20,6	18,2	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44
Drenagem de abscesso												
Sim	74,2	50	73,3	100	66,7	100	75	71,4	85,7	58,8	79,5	0,097
Não	25,8	50	26,7	0	33,3	0	25	28,6	14,3	41,2	20,5	
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	N	186	2	15	4	39	18	16	7	7	34	44

Fonte: Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Organização e acesso aos procedimentos de média complexidade

Na Tabela 3, são apresentados os resultados referentes à organização do acesso à média complexidade. 85,3% dos respondentes reconhecem a disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência para a equipe. A AP 3.1 é a que tem o maior número absoluto de dentistas que não identificam um CEO de referência (n=11). Considerando que todas as AP têm pelo menos um CEO instalado, o resultado sugere desconhecimento ou alheamento por parte dos profissionais respondentes.²⁸

O instrumento investigou também a existência de protocolos de referência e contrarreferência para o CEO ou serviço de especialidades, fluxos para solicitação de próteses a partir da UBS, fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca e para o atendimento de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Quanto à disposição de protocolos para referência e contrarreferência para as especialidades, 77,2% das ESB entrevistadas relatam existir. 33% desconhecem, entretanto, os protocolos referentes à endodontia, estomatologia e periodontia estão disponíveis no *blog* da coordenação de saúde bucal municipal. Esses documentos são apresentados como “resultado de uma construção conjunta de profissionais da rede e dessa Coordenação, organizados em grupos de trabalho por especialidades, desde 2002”.¹⁰

Em relação à existência de fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca, 29,9% dos profissionais relata não ter disponível. As piores situações estão nas AP 3.3 (37,5%), 5.1 (42,9%) e 5.2 (36,4%). Não ter fluxos preferenciais definidos na rede de atenção impos-

sibilita a realização de um encaminhamento seguro e seu acompanhamento, ou seja, inviabiliza a coordenação do cuidado pela atenção primária. Particularmente no caso do câncer bucal, como já notificado anteriormente, o tempo é definidor do desfecho dos casos, seja sob o ponto de vista do sofrimento humano, ou do consumo de tecnologias e recursos do sistema.

A existência de protocolo para o encaminhamento de pessoas com necessidades especiais é relatada por 64,7% dos dentistas e os percentuais mais baixos estão localizados nas AP 2.1 (53,3%) e 3.3 (62,5%). Observa-se, também, que o referido protocolo não está disponível no *blog* citado, sugerindo uma maior fragilidade nessa linha de cuidado.

Somente 19,6% dos entrevistados registram a existência de protocolo para solicitação de próteses dentárias a partir da UBS. O maior percentual está na AP 3.3 (88,9%), sugerindo a utilização regional do laboratório na Área.

Sobre a referência para profissional protesista, 83,2% das ESB afirmam não contar. O maior percentual de respostas positivas (83,3%) está na AP 3.2, onde também está localizado um laboratório de prótese, sugerindo um arranjo local particular para a resolução da necessidade protética.

A existência de laboratório de prótese dentária no município é reconhecida por somente 20,7% dos dentistas. Entretanto, como no caso do profissional protesista de referência, a AP 3.2 se destaca, pois quase a totalidade das equipes reconhece a existência de laboratório (94,4%), sugerindo que este atende de forma regionalizada as demandas da própria AP.

Tabela 3 - Distribuição das equipes participantes do PMAQ AB – ciclo I, segundo as respostas sobre a organização da atenção secundária em saúde bucal. Módulo II da avaliação externa do PMAQ AB – ciclo I. Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Variável	Cidade	Área de Planejamento											p
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3		
	%	%											
CEO de referência para a equipe													
Sim	85,3	100	93,3	75	71,1	100	87,5	85,7	100	84,8	86,4	0,211	
Não	14,7	0	6,7	25	28,9	0	12,5	14,3	0	15,2	13,6		
Total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	N	184	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Protocolos para referência e contrarreferência													

Variável	Cidade	Área de Planejamento											P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3		
	%	%											
Protocolos para referência e contrarreferência													
Sim	77,2	100	60	100	71,1	94,4	68,8	71,4	100	81,8	75	0,242	
Não	22,8	0	40	0	28,9	5,6	31,2	28,6	0	18,2	25		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Protocolos que definam fluxos para usuários:													
- com suspeita de câncer de boca													
Sim	70,1	100	60	100	73,7	88,9	62,5	71,4	57,1	63,6	68,2	0,504	
Não	29,9	0	40	0	26,3	11,1	37,5	28,6	42,9	36,4	31,8		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
- portadores de necessidades especiais													
Sim	64,7	50	53,3	75	65,8	88,9	62,5	57,1	71,4	57,6	63,6	0,642	
Não	35,3	50	46,7	25	34,2	11,1	37,5	42,9	28,6	42,4	36,4		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Protocolos para solicitação de próteses dentárias													
Sim	19,6	0	20	25	2,6	88,9	6,3	14,3	42,9	21,2	6,8	0	
Não	80,4	100	80	75	97,4	11,1	93,7	85,7	57,1	78,8	93,2		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Referência para profissional protesista													
Sim	16,8	0	13,3	25	0	83,3	12,5	0	42,9	6,1	13,6	0	
Não	83,2	100	86,7	75	100	16,7	87,5	100	57,1	93,9	86,4		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	
Laboratório de prótese dentária no município													
Sim	20,7	0	26,7	25	7,9	94,4	12,5	14,3	28,6	6,1	13,6	0	
Não	79,3	100	73,3	75	92,1	5,6	87,5	85,7	71,4	93,9	86,4		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
		N	2	15	4	38	18	16	7	7	33	44	

Fonte: Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Os dados sobre quanto tempo em média o usuário espera pelo atendimento nas especialidades, depois de solicitado pelo profissional de atenção básica, estão apresentados na Tabela 4.

Para endodontia, 66,8% dos respondentes indicam conseguir atendimento em até 90 dias. O maior percentual está localizado na faixa de espera de 31 a 90 dias (38,7%). Entretanto, para tempo de espera entre 91 e 364 dias, percentuais acima de 40,0% são registrados para as AP 5.1; 5.2 e 5.3.

Na periodontia, as consultas são agendadas, em 92,0% dos casos, em até 90 dias, com o maior percentual médio concentrado no intervalo de 16 a 30 dias (34,8%). As AP 3.1 e 3.3 são as que obtiveram a melhor resposta para o intervalo de 1 a 15 dias, com 51,9 e 36,4%, respectivamente.

Para a cirurgia oral menor, que, diferente de outras especialidades, não precisa de muitos retornos subsequentes do paciente e, portanto, tem capacidade de garantir grande número de acessos, o tempo médio de espera registrado é longo. 42,6% aguardam entre 31 e 90 dias para um atendimento, sugerindo a existência de um número pequeno de profissionais atuando na especialidade.

A espera para a estomatologia, em 77,9% dos casos não ultrapassa 15 dias. Seis das dez AP conseguem percentuais acima de 80,0% para esse intervalo (AP 1.0; 2.1; 3.3; 4.0; 5.1 e 5.2). Esse resultado é relevante, pois indica

que para os casos de lesões suspeitas de câncer bucal identificadas na atenção primária, há rápido atendimento por um profissional especialista. O que o instrumento não investiga é a existência e a agilidade do serviço complementar de histopatologia que, na maioria dos casos, é definidor do diagnóstico.

A referência para a ortodontia tem o maior percentual médio de espera concentrado na faixa de 16 a 30 dias. Destaca-se o pequeno número de dentistas (n=75) que identificam a existência da oferta da especialidade. A totalidade dos profissionais da AP 4.0 (n=7) não registram a disponibilidade da referência no município. Entretanto, como já mencionado, esse é um serviço disponível nos CEO, conforme a página da SMS-Rio 29,30.

No caso da radiologia, o número dos que afirmaram ter referência é baixo (n=96). Entretanto, há registros positivos em todas as AP, sendo esta a especialidade que apresenta o maior percentual de acesso entre 1 e 15 dias (84,4%). Em seis das dez Áreas de Planejamento, 100,0% dos dentistas conseguem marcação no período mencionado.

Para o atendimento a pessoas com deficiência, somente 15 dentistas (8,0%) reconhecem existir referência na rede municipal, ratificando a situação exposta sobre a fragilidade da organização da atenção a esse grupo específico.

Tabela 4 - Distribuição das equipes participantes do PMAQ AB – ciclo I, segundo a informação sobre o tempo de espera para o acesso às especialidades em saúde bucal. Módulo II da avaliação externa do PMAQ AB – ciclo I. Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

Especialidade*	Cidade	Área de Planejamento											p
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3		
	%	%											
Endodontia													
1 a 15 dias	7	0	0	0	0	0	0	0	14,3	0	0		
16 a 30 dias	21,1	100	16,7	66,7	25,9	41,2	16,7	0	0	0	22,9		
31 a 90 dias	38,7	0	66,7	0	59,3	41,2	50	100	0	9,1	31,4	0	
91 a 364 dias	30,3	0	16,7	33,3	14,8	17,6	33,3	0	42,9	54,5	40		
365 dias ou mais	9,2	0	0	0	0	0	0	0	42,9	36,4	5,7		
Total													
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
N	142	2	12	3	27	17	12	5	7	22	35		
Periodontia													
1 a 15 dias	27,5	50	16,7	0	51,9	33,3	36,4	20	0	0	31,4		
16 a 30 dias	34,8	50	66,7	66,7	22,2	26,7	54,5	80	0	23,8	34,3	0	

Especialidade*	Cidade	Área de Planejamento										P
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
	%	%										
Periodontia												
31 a 90 dias	29,7	0	16,7	33,3	22,2	40	9,1	0	71,4	42,9	31,4	0
91 a 364 dias	5,8	0	0	0	3,7	0	0	0	28,6	19	2,9	
365 dias ou mais	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	14,3	0	
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	%											
	N	138	2	12	3	27	15	11	5	7	21	35
Cirurgia Oral Menor												
1 a 15 dias	11,3	50	8,3	0	3,7	12,5	25	20	0	0	20	0,002
16 a 30 dias	31,9	50	41,7	66,7	29,6	50	33,3	60	42,8	4,5	28,6	
31 a 90 dias	42,6	0	50	33,3	63	37,5	41,7	20	28,6	50	31,4	
91 a 364 dias	11,3	0	0	0	3,7	0	0	0	28,6	27,3	20	
365 dias ou mais	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	18,2	0	
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	%											
	N	141	2	12	3	27	16	12	5	7	22	35
Estomatologia												
1 a 15 dias	77,9	100	90	66,7	69,2	87,5	81,8	100	71,4	86,4	68,6	0,452
16 a 30 dias	16,9	0	10	33,3	26,9	12,5	0	0	28,6	0	28,6	
31 a 90 dias	4,4	0	0	0	3,8	0	18,2	0	0	9,1	2,9	
91 a 364 dias	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	4,5	0	
365 dias ou mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	%											
	N	136	1	10	3	26	16	11	5	7	22	35
Ortodontia												
1 a 15 dias	26,7	0	0	0	35,7	45,5	16,7	-	0	75	12	0,006
16 a 30 dias	30,7	100	100	100	28,6	9,1	83,3	-	14,3	0	32	
31 a 90 dias	24	0	0	0	14,3	36,4	0	-	14,3	0	44	
91 a 364 dias	13,3	0	0	0	14,3	0	0	-	57,1	12,5	12	
365 dias ou mais	5,3	0	0	0	7,1	9,1	0	-	14,3	12,5	0	
Total		100	100	100	100	100	100	-	100	100	100	
	%											
	N	75	1	1	2	14	11	6	-	7	8	25
Radiologia												
1 a 15 dias	84,4	100	87,5	0	100	100	50	100	100	100	80,6	0,004
16 a 30 dias	13,5	0	12,5	100	0	0	50	0	0	0	12,9	
31 a 90 dias	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,5	

Especialidade*	Cidade	Área de Planejamento											P	
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3			
	%	%												
Radiologia														
91 a 364 dias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,004
365 dias ou mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Total		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	%	96	2	8	2	16	13	12	4	7	1	31		
	N													
Atendimento a pessoas com deficiência														
1 a 15 dias	53,3	-	-	-	0	54,5	-	-	0	100	100		0,384	
16 a 30 dias	20	-	-	-	100	18,2	-	-	0	0	0			
31 a 90 dias	26,7	-	-	-	0	27,3	-	-	100	0	0			
91 a 364 dias	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0			
365 dias ou mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Total		100	-	-	-	100	100	-	-	100	100	100		
	%	15	-	-	-	1	11	-	-	1	1	1		
	N													

Fonte: Cidade do Rio de Janeiro e Áreas de Planejamento, 2012.

* Análise considerou apenas os dentistas que responderam afirmativamente quando questionados se o município possuía referência para as especialidades listadas.

Ainda que a rede tenha 17 Centros de Especialidades Odontológicas espalhados pela cidade, sua existência não

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a maioria das questões analisadas, houve diferença significativa segundo as diferentes Áreas de Planejamento. Para a dimensão organização da demanda, destacam-se os altos percentuais referentes à oferta de agendamentos semanais e à garantia da continuidade do tratamento, sugerindo atenção ao atributo de acesso de primeiro contato. Entretanto, os dados sugerem a necessidade de maior discussão sobre a operacionalização do acolhimento, pois só a metade das equipes apresentou documento orientador da ação.

Quanto à realização de procedimentos básicos, contrariando o esperado de uma boa (e tradicional) prática clínica, o que se verifica é que nenhum deles é executado por todas as equipes. Como são procedimentos inerentes à atenção primária e fazem parte do conjunto de soluções

é reconhecida por parte dos profissionais entrevistados. Destaca-se a questão da prótese dentária, onde os protocolos de solicitação, a partir da unidade básica, bem como o acesso aos laboratórios são inexistentes para a maioria das equipes entrevistadas.

para os problemas mais comuns de saúde bucal, um acompanhamento técnico junto às equipes poderá compreender os motivos e promover ajustes.

No acesso à média complexidade, destaca-se a facilidade de acesso e o reduzido tempo de espera para o atendimento de casos suspeitos de malignidade. Esse fato é relevante em face da prevalência do câncer bucal e a importância de diagnósticos precoces. Entretanto, ainda é baixo o percentual de equipes que registram e acompanham os casos encaminhados e, menor ainda, o percentual daquelas que conseguem comprovar a afirmativa, o que aponta a necessidade de ressignificação do processo de trabalho dos profissionais.

Nas especialidades, o maior tempo de espera é para a endodontia, enquanto o atendimento a pessoas com deficiência, ortodontia e radiologia têm o menor número de dentistas que reconhecem sua disponibilidade no

município. Para todas as especialidades há um percentual de respondentes que desconhece os serviços ofertados na rede municipal, indicando uma prática profissional que não favorece a constituição e o fortalecimento de redes de atenção.

O cuidado em saúde bucal deve ser objeto de permanente discussão com todos os que interagem nessa produção: gestores, profissionais de saúde e usuários da rede de serviços. Nesse caso, criar uma agenda propositiva com os profissionais de saúde bucal, na condição de integrantes da rede pública municipal, pode ser um dos caminhos para melhorar o cenário encontrado nesse estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria n.º 1444/GM em 28 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [citado 2013 out. 16]; Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>.
2. Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [citado 2014 maio 15]; Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.
3. Ministério da Saúde. R\$ 16,2 milhões para a saúde bucal. [citado 2014 maio 08]; Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1573>.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Tavares RP et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. Saúde debate [Internet]. 2013 dez. [citado 2014 maio 18]; 37(9). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400010&lng=pt&nrm=iso>.
6. Pimentel FC. 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 2012 [citado 2014 maio 18]; 28(Suppl.). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015&lng=pt&nrm=iso>.
7. Zanetti CHG. Opinião: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. 2001 [citado 2014 maio 17]. Disponível em: <ftp://164.41.147.200/biblioteca/ecm/ZANETTI_2001_OPINIAO_psf&sb_ms.pdf>.
8. Manfredini M. Programação das ações de saúde bucal. In: Angeiras PG, Moysés SJ (Organizadores). Planejamento, gestão e valiação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 71-82.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Coordenação de Saúde Bucal-RJ. Protocolos. Carioca rindo à toa. [citado 2014 maio 18]. Disponível em: <<http://saudebucalrj.blogspot.com.br/p/protocolos.html>>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. Brasília. DF. [citado 2013 jan. 29]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>.
12. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993; 1993.
13. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Acompanhamento de Execução de Metas do Sistema Orçamento da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2012 jan./mar.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
15. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008; 24(12):2871-2880. ISSN 0102-311X.
16. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007; 23(11):2727-2739.
17. Oliveira RS et al. Use of dental services in areas cove-

red by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2014; 22(1):40-45.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

19. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n° 1.570/GM Brasília. DF [citado 2014 maio 16]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1570re.htm>>.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

21. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2010 aug; 76(4). [citado 2014 mar. 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nrm=iso>.

22. Torres-Pereira CC. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28 (Suppl) [citado 2014 maio 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=pt&nrm=iso>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: MS, 2009 [citado 2014 maio 16]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf>.

24. Alves-Rezende MCR, Rossi AC, Alves-Claro APR. Amálgama dentário : controle dos fatores de risco à exposição mercurial. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2008 jul./dez.; 29(2):09-13 [citado 2014 jun. 03]. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/vO-LUME_29_02_2008/PDFs/amalgama%20-%20trabalho%201.pdf>.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2011.

26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield –

Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n.º 1654/GM em 19 de julho de 2011. Brasília. DF [citado 2014 abr. 18]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>.

28. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Lista nominal das unidades com serviço de odontologia, segundo perfil. 2007 [citado 2014 jul. 25]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/122628/DLFE-2613.pdf/odonto_unidades_com_endereco.pdf>.

29. Secretaria Municipal de Saúde. Ações em Saúde. Saúde Bucal. [citado 2014 maio 18]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-bucal>>.

30. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de acompanhamento de execução de metas do Sistema Orçamento da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2012 jan./mar.

Submissão: março de 2015.

Aprovação: outubro de 2015.
