

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

Organization of Oral Health Care in a city in the Curitiba Metropolitan Area: user perception

Pauline Friederike Warkentin¹, Marilene da Cruz Magalhães Buffon²,
Juliana Schaia Rocha³, Rafael Gomes Ditterich⁴

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a organização da atenção em saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família (USF) com Equipes de Saúde Bucal (ESB), em relação ao acesso e à resolubilidade no município de Colombo-PR, na percepção do usuário. **Material e Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, aplicou-se em forma de entrevista um questionário semiestruturado e adaptado aos 136 usuários das USF com ESB. A análise estatística foi descritiva, com o auxílio do programa Excel e BioEstat 5.3, realizando o teste do Qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Entre os entrevistados, 51,5% nunca foram ao cirurgião-dentista na USF, sendo que a maioria destes procura o atendimento privado. Já entre aqueles que procuraram atendimento no serviço público, 74,7% frequentaram há menos de um ano a USF, destes 27,3% conseguiram atendimento por agendamento semanal e 37,9% pelo agendamento mensal. Dos usuários que procuraram o atendimento, 56,1% foram atendidos no mesmo dia. Somente 27,3% necessitaram de encaminhamento ao serviço especializado e 50% dos usuários concluíram seu tratamento. Não houve relação estatisticamente significativa entre a opinião sobre o acesso em relação ao sexo, renda ou escolaridade. **Conclusão:** A dificuldade no acesso e a própria limitação dos serviços ofertados no setor público faz com que muitos usuários procurem atendimento privado. A porta de entrada na USF continua a demanda espontânea. Apesar da resolubilidade da atenção primária, houve apenas conclusão parcial dos casos atendidos. Ainda persistem entraves na organização do serviço no município.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate, from a user perspective, the organization of oral health care in Family Health Units (FHUs) with Oral Health Teams (OHTs), regarding access and resolution capacity, in the city of Colombo, PR. **Methods:** This quantitative study, in interview form, applied a semi-structured questionnaire adapted to the 136 users at the FHUs with OHTs. The statistical analysis was descriptive, with the help of the Excel program and BioEstat 5.3, performing the chi-square test ($p < 0.05$). **Results:** Among the respondents, 51.5% had never gone to the dentist at the FHU, with most having opted for private care. While among those who sought care at the public service, 74.7% were attended at the FHU within the past year, and of these 27.3% received care on a weekly schedule and 37.9% on a monthly schedule. Among the users who sought care, 56.1% were attended on the same day. Only 27.3% required referral to specialized services and 50% of the users completed their treatment. There was no statistically significant relationship between the opinion about access and gender, income, or education. **Conclusion:** The difficulty of access and the actual limited services offered in the public sector makes many users search for a substitute for public services. The gateway to the FHU continues to be spontaneous demand. Despite the resolution capacity of primary care, there was only partial completion of the cases treated. Barriers in the organization of the service persist in this city.

¹ Cirurgiã-Dentista. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná. E-mail: paulineisw7@gmail.com.

² Cirurgiã-Dentista. Doutorado e Mestrado em Ciência pela Universidade Federal do Paraná. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná.

³ Cirurgiã-Dentista. Doutorado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em Clínica Integrada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná.

⁴ Cirurgião-Dentista. Doutorado em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária. Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e do Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

KEYWORDS: Health Services Accessibility; Oral Health; Primary Health Care; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Ao longo de anos de atuação, a saúde bucal no Brasil reproduziu práticas hegemônicas de assistência à saúde, caracterizadas pelo acesso restrito com atendimento curativo e restaurador em escolares, e mutilador em adultos e idosos. Com o intuito de verificar os problemas epidemiológicos da população em relação à saúde bucal e de superar os entraves anteriormente citados, foi realizado, em 1986, um *Levantamento epidemiológico em saúde bucal* somente na zona urbana, pelo Ministério da Saúde e o Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA),¹ em que foram divulgados resultados alarmantes sobre a prevalência da doença cárie na população brasileira.

Em 1994, o Ministério da Saúde com o objetivo de ampliar a atenção primária à saúde no Brasil, incentivou a adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta uma estratégia que visa à reorientação do modelo de atenção em saúde no país.² O impulso para incluir as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF somente aconteceu, em 2000, quando foram divulgados dados preocupantes sobre o Acesso a Serviços de Saúde realizados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, de que cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, 18,7% da população nunca foram ao dentista.³

Em 2003, foi divulgado também o levantamento epidemiológico mais completo da situação da saúde bucal da população brasileira, SB Brasil 2003, o qual serviu de embasamento para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).⁴ Conhecida como Brasil Sorridente, a PNSB foi elaborada a fim de organizar a atenção em saúde bucal. Suas diretrizes têm objetivo de melhorar o acesso, a organização da demanda, contribuir no controle social e diminuir as desigualdades, garantindo atenção integral do individual e do coletivo.²

Desse modo, destaca-se a importância da atenção primária à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família como prioritária para a sua consolidação e ampliação, tendo diretrizes e fundamentos revisados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.⁶ A PNAB é orientada pelos princípios básicos do SUS; além disso, o da acessibilidade,

do vínculo, da continuidade do cuidado, da humanização, da responsabilização e da participação social. Entre suas diretrizes e fundamentos está o acesso universal, ininterrupto, de qualidade e resolutivo, atuando como admissão na rede de atenção à saúde, promovendo o vínculo e a corresponsabilização.⁶

Em 2008, foram divulgados os novos resultados do acesso à saúde da população brasileira pela nova PNAD, na qual se observou uma melhora no percentual do acesso ao atendimento odontológico de 7,07%. Apesar disso, a porcentagem de usuários que haviam consultado o cirurgião-dentista há menos de um ano continuava em torno de 40%.⁵ Vendo a necessidade de melhorias na atenção básica em relação à qualidade e acesso, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com incentivo financeiro, a partir dos resultados e desempenho das equipes que aderiram ao programa.⁷

Pesquisas sobre a satisfação do usuário na atenção básica em saúde são realizadas para auxiliar na reorganização do serviço. Os piores resultados foram em relação à organização do serviço, em que foram avaliados marcação de consulta, tempo de espera, resolubilidade e encaminhamento ao serviço especializado.^{8,9} Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos usuários sobre a organização da atenção em saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família (USF) com ESB quanto ao acesso e resolubilidade no município de Colombo-PR.

MATERIAL E MÉTODOS

O município de Colombo-PR localiza-se na região metropolitana de Curitiba, possui uma área territorial de 197,807 km², sendo a maior parte rural. A última estimativa do IBGE de 2015 é de 232 mil habitantes residentes no município.¹⁰ O Índice de Desenvolvimento do Município (IDHM) é de 0,733.¹¹

Em 2013, 11 (onze) das 22 (vinte e duas) Unidades de Saúde eram da Estratégia Saúde da Família, porém, apenas nove possuíam a ESB implantada: São José (2 ESB), Alexandre Nadolny (2 ESB), Fátima (4 ESB), Jardim das Graças (2 ESB), Liberdade (3 ESB), Atuba (3 ESB), Monte Castelo (2 ESB), Jardim Cristina (1 ESB) e São Domingos (2 ESB).¹²

Para organização da atenção em saúde bucal, o município possui um Protocolo de Saúde Bucal. As formas de acesso ao atendimento odontológico pela ESB são o agendamento mensal, agendamento semanal, urgência/emergência, manutenção ou a participação de algum grupo prioritário: gestantes, puericultura, Programa Saúde na Escola (PSE), hipertensos, diabéticos e idosos. O agendamento mensal ocorre toda primeira terça-feira do mês, sendo o atendimento por ordem de chegada (senha). O usuário tem direito a quatro consultas, sem garantia de conclusão do tratamento. O agendamento semanal ocorre toda segunda-feira de manhã, com seis vagas disponíveis por cirurgião-dentista (CD), o atendimento é por ordem de chegada, com direito a um procedimento por usuário. O atendimento de urgência/emergência ocorre todos os dias, preferencialmente até uma hora após início do turno de trabalho.¹³ Em relação à demanda programada, os grupos prioritários não precisam de senha para o atendimento. As gestantes devem ser encaminhadas ao CD após cadastro no SISPRÉNATAL, a puericultura deve ser realizada em conformidade com o trabalho da equipe de enfermagem, na qual cada CD atende as crianças da sua área de abrangência, e os participantes do Hiperdia, que são hipertensos e diabéticos, terão prioridade no atendimento.¹³

A pesquisa foi realizada nas 09 (nove) Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Colombo-PR, que estavam com ESB atuando há mais de um ano no período da pesquisa. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista com questionário semiestruturado, autoaplicável e adaptado aos usuários.^{14,15} Foram abordados no questionário os dados socioeconômicos, participação de um grupo específico da USF, avaliação do acesso ao atendimento odontológico na USF, frequência ao CD da USF, motivo de não procurar o serviço público, forma de acesso, tempo de espera para atendimento, necessidade de encaminhamento à atenção secundária e resolubilidade para cada usuário. A amostra dos usuários se deu por conveniência na sala de espera. O questionário foi aplicado em um dos períodos do dia, de algum dia da semana, que não fosse segunda-feira de manhã ou na primeira terça-feira de manhã, dias nos quais é realizado o agendamento mensal ou semanal. Os usuários que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Usuários que não sabiam ler ou apresentaram dificuldades receberam auxílio da pesquisadora. A coleta de dados se deu no intervalo de tempo de maio a agosto de 2015. Foram excluídos da amostra usuários menores que dezoito anos, que não pertenciam à área de abrangência da USF, que não quiseram participar da pesquisa, não assinaram o TCLE ou não preencheram suficientemente

o questionário.

A estatística descritiva foi realizada com o auxílio do programa Excel. As associações estatísticas foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado (BioEstat 5.3), com nível de significância de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 42847115.6.0000.0102 e parecer de nº 1051265.

RESULTADOS

Participaram das entrevistas 136 usuários, em média quinze usuários por USF, destes 95 (69,8%) do sexo feminino e 41 (30,1%) do sexo masculino, com idade média de 43,5 anos, tendo 31 (22,79%) dos entrevistados entre 35 e 44 anos. Além dos quatro usuários que não sabiam ler nem escrever, 51 (37,5%) dos entrevistados responderam não ter completado o ensino fundamental. 40 (29,4%) dos usuários colocaram como nível de escolaridade o ensino médio completo. A renda mensal de 78 (57,4%) dos entrevistados foi de um a dois salários mínimos, considerado como valor de referência o salário mínimo de R\$788,00.¹⁶

A maior parte dos entrevistados, 79(58,1%) não pertencia a nenhum grupo específico da USF. Dos participantes, 32(23,5%) dos usuários estavam cadastrados no grupo do Hiperdia e 21(15,4%) eram idosos. Foram entrevistados apenas quatro gestantes, dez usuários que frequentavam a puericultura com seus filhos e um que considerou o acesso ao tratamento odontológico para os seus filhos escolares. Três (2,2%) usuários pertenciam ao grupo de saúde mental.

Sobre o acesso a tratamento odontológico (Tabela 1), pode-se identificar que 56 (31,2%) dos participantes apontam que o acesso é difícil ou muito difícil. Porém, conforme análise, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à opinião sobre o acesso em relação ao sexo ($\chi^2=3,9918$; G.L.=4; $p=0,4071$), à renda ($\chi^2=8,9699$; G.L.=12; $p=0,7075$), nem à escolaridade ($\chi^2=17,0014$; G.L.= 12; $p=0,1495$). Os 22 (16,2%) usuários, que não souberam responder como consideram o acesso ao atendimento odontológico, nunca haviam procurado o serviço na USF e por isso não souberam opinar.

Dos entrevistados, 70 (51,5%) nunca frequentaram o serviço odontológico na USF. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as visitas ao CD e o sexo ($\chi^2=0,5031$; G.L.=1; $p=0,4782$), nem em relação à renda ($\chi^2=22,3240$; G.L.=18; $p=0,2179$) ou à escolaridade ($\chi^2=10,5007$; G.L.=6; $p=0,1051$).

Na Tabela 2, estão apresentados os motivos pelos quais os usuários buscaram tratamento odontológico nas USF de Colombo-PR, sendo preocupante o relato de que

16 (22,9%) não conseguiram vaga. Entre os outros motivos que não estão na tabela, foram citados pelos usuários o estado de saúde descompensado, o uso de prótese dentária total e o não oferecimento de próteses pelo municí-

pio, falta de tempo, não acreditar na eficiência do serviço prestado pelo cirurgião-dentista na USF e a falta de conhecimento sobre o atendimento odontológico na Unidade de Saúde.

Tabela 1 - Opinião dos usuários quanto o acesso ao tratamento odontológico. Colombo, Paraná, 2015.

Considera o acesso	N	%
Muito fácil	5	3,7
Fácil	19	14,0
Normal	34	25,0
Difícil	40	29,4
Muito difícil	16	11,8
Não responderam	22	16,2

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 - Motivos pelos quais os usuários nunca buscaram tratamento odontológico na USF. Colombo, Paraná, 2015.

Motivo	N	%
Fazem atendimento em cirurgião-dentista particular	19	27,1
Outro motivo	18	25,7
Não conseguiram vaga	16	22,9
Acham que não precisam	12	17,1
Trabalham no período que têm atendimento	9	12,9
Têm medo	1	1,4
Moram muito longe	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 3, verificou-se que 66 (48,5%) da amostra total de usuários foram consultar ou realizar tratamento odontológico na USF. Dos usuários que frequentaram o CD na USF, a maioria respondeu ter consultado no últi-

mo mês. Não houve relação estatisticamente significativa entre a última consulta no atendimento odontológico e o sexo ($\chi^2=9,5653$; G.L.=6; $p=0,1442$) nem em relação à renda ($\chi^2=1,6903$; G.L.=3; $p=0,6391$).

Tabela 3 - Tempo da última consulta odontológica na USF. Colombo, Paraná, 2015.

Tempo	N	%
Um mês	19	28,8
Três meses	9	13,6
Seis meses	11	16,7
Um ano	10	15,2

Tempo	N	%
Dois anos	5	7,6
Três anos	3	4,5
Mais que três anos	8	12,1
Não respondeu	1	1,5

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 04, destaca-se como principal porta de entrada ao atendimento odontológico o agendamento mensal (37,9%), o qual garante ao usuário, que consegue a senha na primeira terça-feira do mês, o máximo de 04

(quatro) consultas odontológicas agendadas no mês. Destaca-se que uma USF não segue o protocolo do município e realiza pronto-atendimento todos os dias, oferecendo cinco vagas por manhã, exceto nas sextas-feiras.

Tabela 4 - Meio de acesso ao atendimento odontológico na USF. Colombo, Paraná, 2015.

Forma de acesso	N	%
Pronto atendimento na segunda-feira de manhã	18	27,3
Agendamento mensal na terça-feira de manhã	25	37,9
Hiperdia	5	7,6
Gestante	10	15,2
Idoso	4	6,1
Puericultura	1	1,5
Escola	2	3,0
Visita domiciliar	0	0,0
Emergência	4	6,1
Outro	3	4,5

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 5, constatou-se que o tempo de espera para o atendimento mais relatado pelos usuários foi o do mesmo dia da procura (56,1%).

O valor de p não foi significativo para a resolubilidade

(tempo de espera) no atendimento e o sexo ($\chi^2=1,7876$; G.L.=4; $p=0,7746$) nem com a renda ($\chi^2=9,7337$; G.L.=12; $p=0,6393$).

Tabela 5 - Tempo de espera para o atendimento odontológico na USF. Colombo, Paraná, 2015.

Tempo de espera	N	%
Mesmo dia da procura	37	56,1
Um dia	3	4,5
Uma semana	18	27,3
Um mês	2	3,0

Tempo de espera	N	%
Mais que um mês	5	7,6
Não respondeu	1	1,5

Fonte: dados da pesquisa.

Apenas 18(27,3%) dos entrevistados que frequentaram o cirurgião-dentista na USF foram encaminhados ao serviço especializado. De todos os usuários que recebe-

ram atendimento odontológico na USF, 33(50%) dos entrevistados concluíram o tratamento.

DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico deste estudo mostrou-se semelhante ao de outros estudos com usuários do SUS, caracterizando-se por uma população de renda e escolaridade baixa, e prevalentemente do sexo feminino.^{15,5,8,9} A não significância dos resultados do questionário com os dados socioeconômicos pode estar relacionada ao número reduzido de participantes da amostra.

A faixa etária predominante dos usuários foi de 25 a 54 anos, considerada uma idade economicamente ativa, muitas vezes, com dificuldade de procurar o serviço de saúde por causa do funcionamento da USF apenas em horário comercial.¹⁷ Destaca-se que, no município de Colombo-PR, a maioria da população se encontra na faixa etária entre 20 e 29 anos (18,27%), seguidos pela faixa etária dos 30 aos 39 anos (16,74%), conforme o censo demográfico de 2010.¹⁰ Esta população, segundo o protocolo de saúde bucal do município, não pertence a nenhum grupo prioritário, exceto gestantes, portadores de doenças crônicas como diabetes ou hipertensão arterial e pacientes especiais.¹³ Portanto, a maior parcela da população depende do agendamento mensal ou semanal para conseguir atendimento odontológico, o que condiz com os resultados deste estudo, no qual 65,2% dos usuários acessaram o atendimento odontológico por algum tipo de agendamento. Em 2005, no estado do Paraná, um estudo sobre a implantação da ESB teve como resultado que ainda havia dificuldades no acesso em algumas USF, admitindo que a livre demanda seja a porta de entrada ao serviço; mas, também, houve uma maior satisfação do usuário em relação à Estratégia Saúde da Família pelo vínculo criado com o profissional e conseqüentemente maior facilidade no acesso.¹⁸

Mais de metade 79(58,1%) dos entrevistados neste estudo pertencem a nenhum grupo específico da USF. Uma das hipóteses que correlacione estes dados com o da baixa frequência a consultas odontológicas na USF é a dificuldade

no acolhimento, no qual a demanda espontânea tem muito mais obstáculos na marcação de consultas do que a população pertencente a um grupo prioritário.¹⁹ O Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Bucal destaca que o desafio na organização da atenção à saúde bucal é o acolhimento, pois deve se garantir o acesso à demanda espontânea e urgências, mas também dar resposta às demais necessidades da população. Portanto, o acolhimento não se trata de uma triagem, nem de um atendimento por senha ou ordem de chegada. O CD e sua equipe devem conseguir conciliar em sua agenda a demanda espontânea com a programada.²¹ As prioridades de acesso foram criadas para organizar a demanda, por outro lado acabam dificultando o acesso para quem não faz parte de algum grupo prioritário.²¹

Os motivos mais citados neste estudo de não ter frequentado o serviço odontológico na USF foram o atendimento no setor privado, outros motivos (como o uso de prótese), não conseguir a vaga ou achar que não necessitam do atendimento. Dados do SB Brasil de 2010 mostram que a procura pelo atendimento em serviço particular na região Sul é maior do que o serviço público, e aumenta ainda mais conforme a faixa etária, sendo o principal motivo da consulta dos 12 aos 19 anos a revisão e/ou prevenção, e dos 35 aos 44 e 65 aos 74 anos o tratamento, com aumento nas porcentagens de extrações.²² O não oferecimento de laboratórios de prótese no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município, previsto pela Política Nacional de Saúde Bucal, para melhorar o atendimento na atenção secundária, pode ser um dos fatores que desestimulam usuários desdentados a procurar o serviço.² Um estudo sobre autopercepção da saúde bucal encontrou que a maioria dos adultos e idosos edêntulos entrevistados considerou não necessitar de tratamento.²³ Se este foi o motivo nesta pesquisa de que alguns usuários acharam que não precisam do serviço odontológico, deve se pensar que esses usuários também não participaram de ações nas USFs de exames rotineiros, promoção, preven-

ção e controle de câncer bucal, como previsto nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.²

Diferente do que em outros estudos sobre acesso à atenção básica, neste estudo, nenhum usuário marcou a barreira geográfica, como a distância, sendo o motivo de não conseguir ir ao cirurgião-dentista. Isto sugere que a implantação da ESF e consequentemente a territorialização vêm ajudando no acesso à saúde, mas que a barreira continua na organização do serviço, na demanda elevada e na falta de oferta de alguns serviços.¹⁹ Um estudo em Campina Grande-PB, comparando o acesso para áreas cobertas e não pela ESF, resultou que as áreas não cobertas apresentavam probabilidade maior de acesso ao CD. Os autores colocaram como discussão que o não atendimento de grupos prioritários, como os escolares na ESF, aumenta a demanda espontânea, mas se comparado às variáveis de predisposição, como o sexo, escolaridade e renda não há diferença entre a área coberta ou não pela ESF em relação ao acesso, colocando que o acesso não se trate de uma limitação da estratégia e sua organização do serviço.²⁴ Outro estudo analisando o impacto da estratégia Saúde da Família com ESB sobre a utilização dos serviços odontológicos em Natal-RN mostrou apenas impacto positivo das USF com ESB sobre as unidades de saúde sem cobertura, sendo fator de proteção USF em transição, que ainda apresentavam o modelo tradicional do atendimento odontológico.²⁵

Dos usuários que procuraram o serviço odontológico desta pesquisa, 74,7% tiveram sua última consulta há menos de um ano. Na PNAD de 2008, apenas 40% dos entrevistados haviam consultado o CD nos últimos 12 meses, incluindo nesta porcentagem os atendimentos em consultas particulares, caracterizando-se a maior frequência pelo sexo feminino, da área urbana com rendimento mensal mais elevado.⁵ Pela SB Brasil 2010, na região Sul, a maioria da população de 15 a 19 anos (63,8%) e de 35 a 44 anos (59,2%) consultaram o dentista no último ano, apenas na faixa etária dos 65 aos 74 anos a maioria (46,7%) foi pela última vez há três anos ou mais predominantemente para tratamento e extração.²²

O tempo de espera curto para conseguir o atendimento, de apenas um dia na maioria dos usuários, que responderam o questionário, são achados semelhantes à pesquisa realizada em Campos de Goytacazes-RJ, na qual 75% dos usuários declararam estar satisfeitos com o atendimento.²⁶ Deve-se considerar o fato da maioria dos entrevistados nesta pesquisa ter conseguido o atendimento por agendamento mensal ou diário, que normalmente já são atendidos no dia, não sendo avaliada a frequência com que o usuário procurou o serviço. Pode-se considerar que o tempo de espera está relacionado ao tipo da consulta.

Apenas 27,3% dos usuários foram encaminhados ao serviço especializado, o que pode ser entendido que a atenção básica está conseguindo ser bem resolutive diferente do estudo realizado em município de médio porte na Bahia, onde a Periodontia do serviço especializado recebia muitos pacientes, que deveriam ser tratados na atenção básica.¹⁵ Por outro lado, pode mostrar, também, que, como apenas metade da amostra teve seu tratamento concluído, e conforme Protocolo do Município, para a maioria dos encaminhamentos, o tratamento precisa estar concluído ou em andamento, existe uma descontinuidade do tratamento, seja por não conseguir o atendimento na USF ou abstinência dos usuários durante o tratamento.¹³ Outro fator que deve ser considerado é a possibilidade da falha na referência e contrarreferência da atenção básica com o serviço especializado. Em Pernambuco, um estudo mostrou que Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de cidades satélites, com cobertura populacional da ESF superior a 50%, municípios pequenos com IDHM baixo ou com gestão plena da atenção básica ampliada mostraram desempenho insatisfatório no serviço.²⁷

CONCLUSÃO

Levando em conta que todos os usuários estavam utilizando o serviço de saúde da USF na hora da entrevista, é considerável a porcentagem dos que nunca frequentaram o atendimento odontológico na Unidade de Saúde. A dificuldade no acesso e a própria limitação dos serviços ofertados no setor público fazem com que muitos usuários precisem procurar o setor privado.

Constatou-se no referido município, a necessidade de rever os seus fluxos de atendimento e organização da demanda, tanto espontânea como programada presentes em seu Protocolo Municipal de Saúde Bucal. A organização da saúde bucal ainda funciona pela distribuição de senhas, o que acaba afetando a garantia do princípio doutrinário da equidade do SUS e indo de desencontro com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Esta sistemática de funcionamento das ESBs cria dificuldades e barreiras no acolhimento e acesso ao atendimento odontológico aos seus usuários, pois, como se pode perceber pelo resultado desta pesquisa, alguns entrevistados não sabiam como se organizava e funcionava a saúde bucal em sua USF de referência e adscrita ao seu território.

Dos usuários que conseguiram o atendimento, percebe-se que, apesar de existir a priorização de grupos pelo Protocolo Municipal de Saúde Bucal, a porta de entrada ao serviço pelos entrevistados continua preferencialmente sendo pela demanda espontânea. Quem conseguiu acessar o serviço teve, na maioria dos casos, percepção de um

curto período de tempo de espera para o atendimento. Apesar da capacidade de resolubilidade da atenção primária à saúde, a conclusão parcial do tratamento reflete a dificuldade no acesso, o entendimento errôneo do processo saúde-doença pelo próprio indivíduo ou as limitações na referência e contrarreferência no município.

Desse modo, pela percepção dos usuários, verificou-se que implantação das ESB, no município de Colombo-PR, reorientou o modelo de atenção da saúde bucal, porém, ainda há entraves e barreiras a serem repensadas na organização do serviço para que este chegue mais próximo aos princípios do SUS e das diretrizes da PNSB.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
3. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços: 1998: Brasil/IBGE, Departamento de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrazil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [Citado 2016 maio 23]. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1654/GM, de 02 de outubro de 2015. [Citado 2016 maio 23]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>.
8. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Evaluation of primary care from the perspective of user: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(1):103-114.
9. Bordin, D. Qualidade do serviço público odontológico no Brasil: a percepção de usuários e profissionais da saúde [dissertação]. Mestrado em Odontologia Preventiva e Social - Faculdade de Odontologia de Araçatuba. UNESP; 2014.
10. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Citado 2016 março 8]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>>.
11. PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking IDHM Municípios 2010. [Citado 2016 março 9]. Disponível em: <<http://pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. 2015. [Citado 2016 março 9]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>.
13. Prefeitura Municipal de Colombo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Municipal de Saúde Bucal. 2012. [Citado 2014 nov. 18]. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/10-PROTOCOLO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-BUCAL-VERSAO-2012.PDF>>.
14. Mialhe FL, Gonçalo C, Carvalho LMS. Avaliação dos usuários sobre a qualidade do serviço odontológico prestado por graduandos do curso de odontologia da FOP/Unicamp. *RFO*. 2008; 13(1):19-24.
15. Souza LF, Chaves SCL. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010; 34(2):371-387.
16. Guia Trabalhista. Tabela dos valores nominais do salário mínimo. 2014. [Citado 2015 fev. 18]. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm>.
17. Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1):S42-S57.

18. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4):1026-1035.

19. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-737.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal: Caderno de Atenção Básica 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

21. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Col*. 2010; 15 (Supl.1):1643-1652.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal– Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

23. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq. Odontol*. 2010; 46(4):213-223. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392010000400005&lng=pt>.

24. 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*. 2008; 24(12):2871-2880.

25. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5):985-996.

26. Santos SAS, Meneghim MC, Pereira AC. Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos de Goytacazes/RJ/Brasil. *Revista de Odontol UNESP*. 2007; 36(02):169-174.

27. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção se-

cundária em saúde bucal: em estudo sobre Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2): 259-267.

Submissão: maio de 2016

Aprovação: fevereiro de 2017
