

**A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO: ANALISANDO A
ESTRUTURA E AS AÇÕES PREVENTIVAS E CURATIVAS, SEGUNDO PORTE POPULACIONAL**Fernando Castim Pimentel^aPaulette Cavalcanti de Albuquerque^aWayner Vieira de Souza^aPetrônio José de Lima Martelli^aRaquel Moura Lins Acioli^a**Resumo**

Este estudo teve como objetivo analisar a atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco a partir da estrutura disponível e das ações preventivas e curativas ofertadas pelas equipes de saúde bucal, segundo porte populacional. Para isso, foram aplicados questionários estruturados a uma amostra de 121 equipes de saúde bucal, os quais informaram sobre a estrutura e o processo de trabalho, sendo utilizados para análise dos dados os testes χ^2 e exato de Fisher. Em relação à capacitação profissional, os resultados mostraram um maior percentual de cirurgiões-dentistas com curso introdutório (57,2%) ou especialização em saúde da família (46,3%) nos municípios de grande porte, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte ($p < 0,05$). Além disso, somente 25,4% das unidades apresentaram um espaço com pia e espelho para escovação supervisionada e 48% das equipes relataram ser insuficiente a quantidade de materiais educativos para as ações de prevenção. Observou-se também que ações coletivas fora das escolas foram desenvolvidas com menor frequência pelos municípios de pequeno porte. Dessa forma, o investimento na estrutura das equipes e o estímulo à educação permanente podem reduzir as diferenças na atenção à saúde bucal encontradas nos municípios de Pernambuco.

Palavras-chave: Saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Serviços de saúde bucal. Estratégia saúde da família.

^aCentro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM; Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Fernando Castim Pimentel – Avenida Professor Moraes Rego, s/n – Campus da UFPE – Cidade Universitária – CEP: 50740-465 – Recife (PE), Brasil – E-mail: nandocastim@yahoo.com.br

THE ORAL HEALTH CARE IN PERNAMBUCO STATE: ANALYZING THE STRUCTURE AND PREVENTIVE AND CURATIVE ACTIONS, ACCORDING TO POPULATION SIZE

Abstract

The aim of this study was to analyze the oral health care in Pernambuco state, Brazil, from the available structure and the preventive and curative actions offered by oral health teams, according to population size. For this, structured questionnaires were applied to a sample of 121 oral health teams, which reported on the structure and work process, being used for data analysis using the χ^2 and Fisher exact tests. Regarding vocational training, the results showed a higher percentage of dental surgeons with introductory course formation (57.2%) or expertise in family health (46.3%) in big cities, when compared to medium and small size cities ($p < 0.05$). In addition, only 25.4% of the units had a room with sink and mirror for supervised brushing and 48% of teams reported having insufficient amount of educational materials for prevention efforts. It was also noted that collective actions outside school were less often developed by small municipalities. Thus, investments in the team structure and continuous encouraging on education may reduce the differences in oral health care in the cities of Pernambuco.

Keywords: Oral health. Public health dentistry. Dental health services. Family health strategy.

LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL EN EL ESTADO DE PERNAMBUCO: ANALIZANDO LA ESTRUCTURA Y LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS, SEGÚN EL PORTE DE POBLACIÓN

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la atención de la salud bucal en el estado de Pernambuco, a partir de la estructura disponible y de las acciones preventivas y curativas ofrecidas por equipos de salud bucal, según el número de habitantes. Para eso, se aplicaron cuestionarios estructurados a una muestra de 121 equipos de salud bucal, los cuales informaron sobre la estructura y el proceso de trabajo, y se utilizaron para el análisis de los datos el teste de χ^2 y la prueba exacta de Fisher. Con respecto a la formación profesional, los resultados mostraron un mayor porcentaje de cirujanos dentistas con curso introductorio (57,2%) o especialización en salud de la familia (46,3%) en los grandes municipios, en comparación a municipios de medio y pequeño porte ($p < 0,05$). Además, sólo el 25,4% de las unidades mostró un área con lavabo y espejo para el cepillado supervisado y 48% de los

equipos reportaron ser insuficiente la cantidad de materiales educativos para las acciones preventivas. También se observó que la acción colectiva fuera de las escuelas se desarrolló con menor frecuencia por los pequeños municipios. De este modo, la inversión en la estructura del equipo y el fomento de la educación continua puede reducir las disparidades en el cuidado de la salud bucal que se encuentra en los municipios de Pernambuco.

Palabras clave: Salud bucal. Odontología en salud pública. Servicios de salud dental. Estrategia de salud familiar.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal no Brasil vem apresentando, ao longo dos anos, uma mudança significativa no seu perfil epidemiológico, evidenciado pelos estudos em nível nacional, principalmente na população até 12 anos: em 1986, houve alta prevalência e severidade de cárie dentária, apresentando índice de dentes cariados, perdidos e restaurados/obturados (CPOD) médio nesta idade de 6,7; em 1996, tendência de queda da cárie; em 2003, confirmação da tendência de declínio da cárie dentária em escolares (CPOD médio de 2,7); e, em 2010, queda de 25% em relação a 2003, maior que o declínio entre 1996 e 2003.¹ Pode-se considerar como principais fatores para essa redução, a fluoretação das águas de abastecimento público e a inclusão do flúor nos dentífrícios comercializados. Entretanto, vale ressaltar que a odontologia, em sua atuação preventiva e curativa, também contribuiu para a melhoria das condições de saúde bucal da população.^{2,3}

Desde a década de 1950, a odontologia tenta combater a livre demanda por atendimento, e um dos primeiros modelos propostos foi o Sistema Incremental, o qual propunha tratar as necessidades acumuladas da população definida, até o completo tratamento para posterior controle.⁴ No fim da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção contrariou as ações curativas do Sistema Incremental, onde buscava-se estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos e, somente após controlada a doença, iniciar o tratamento restaurador definitivo, a reabilitação oral e a ampliação da cobertura populacional.⁵ A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, o controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e o consumo racional de açúcar.⁶

Mas, foi através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a qual incluiu a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, que se criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica o que, segundo Zanetti,⁷ representou uma importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o Ministério da Saúde pretendia ampliar o acesso da população às suas ações de saúde, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela estratégia. Tal acesso, segundo Giovanella et al.:

deve constituir a principal porta de entrada no sistema de saúde, com devida integração a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contrarreferência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes.⁸

Apesar dos avanços evidenciados com o SUS, especificamente pela Estratégia Saúde da Família, ainda persiste, no país, a organização dos serviços orientada pela demanda espontânea, onde a maioria dos indivíduos só procura os serviços de saúde quando está doente, logo os serviços ficam restritos a manter uma dada oferta de atendimento.⁹

Devido a esses e outros fatores, muitas equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades para a realização das práticas pertinentes à estratégia, principalmente devido à grande demanda reprimida e problemas administrativos,¹⁰ fazendo com que a prática profissional continue amarrada a uma demanda crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade,¹¹ reproduzindo o mesmo modelo o qual se esperava superar com a implantação dessa estratégia.

Supõe-se que muitas dessas dificuldades estejam relacionadas ao porte populacional dos municípios, pois os municípios de grande porte, com maior poder econômico, teriam uma melhor estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte. Entretanto, nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas. A implantação da Estratégia Saúde da Família nas grandes cidades é mais complexa, exigindo mudanças de ordem quantitativa e qualitativa na sua operacionalização. Criou-se então o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), a fim de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em

municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população.¹²

Dessa forma, considerando a escassez de estudos que abordem as características das equipes de saúde da família nos diferentes portes populacionais dos municípios brasileiros, este trabalho tem como objetivo analisar a assistência odontológica em municípios do estado de Pernambuco, por porte populacional, a partir da estrutura e das ações realizadas pelas equipes de saúde bucal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de corte transversal, o qual utilizou dados primários para analisar a estrutura e as ações realizadas pelas equipes de saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco.

O estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios, que, segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2008, apresentava uma população de 8.734.194 habitantes, dos quais, 89,13% eram cobertos pela Estratégia de Saúde da Família ou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais apresentaram uma rápida expansão nos últimos 10 anos, atingindo todos os municípios do estado e o distrito de Fernando de Noronha. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, o estado de Pernambuco possuía, em agosto de 2008, época da realização da pesquisa, 1.815 equipes de saúde da família e 1.181 equipes de saúde bucal.¹³

Dos 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e têm tido acesso a recursos próprios na estruturação da Estratégia de Saúde da Família, através do PROESF, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos, etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal.

Optou-se por uma amostra aleatória estratificada, significativa, para todo o estado de Pernambuco, calculada a partir de um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e uma prevalência de 91%, com base em um estudo realizado por Baldani et al.,¹⁴ os quais encontraram que 91% das equipes de saúde bucal (ESB) realizam o planejamento

das ações. Dada a existência de 1.181 (em agosto de 2008) ESB no estado, a amostra foi calculada em 114 equipes, através do programa Epi Info, versão 6.04.

A distribuição dos questionários a serem aplicados nos municípios foi baseada na proporção de ESB existentes em Pernambuco, distribuída por porte populacional. Assim, deveriam ser realizados 34 questionários nos municípios de grande porte, 57 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte (Tabela 1). Entretanto, ao final da coleta dos dados, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Tal diferença está ligada à vinculação da aplicação dos questionários das ESB aos questionários do projeto principal da Estratégia Saúde da Família: em muitas unidades de Saúde da Família visitadas, não havia ESB; ou, em alguns municípios, existia um número de ESBs superior àquele previamente calculado. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada porte populacional, a proporção de questionários calculados pela proporção de questionários aplicados. Esse fator é de grande importância na apresentação dos resultados, pois cada item analisado do questionário foi ponderado por porte e o seu resultado expresso com a devida correção.

Os dados primários foram coletados entre julho de 2009 e março de 2010, através da aplicação de um questionário estruturado às equipes de saúde bucal participantes da amostra. O questionário foi aplicado pelos integrantes da pesquisa, que passaram por treinamento antes da coleta dos dados, a fim de reduzir um possível viés do entrevistador.

O questionário foi composto de duas partes: a primeira referente ao componente estrutura e a segunda ao componente processo. A análise do componente estrutura envolveu a qualificação dos recursos humanos e a existência de equipamentos, materiais e insumos. Já no componente processo, foram analisados elementos como o

Tabela 1 – Distribuição das Equipes de Saúde Bucal em Pernambuco (agosto de 2008), questionários aplicados e fator de correção

Porte populacional dos municípios	Equipes de saúde bucal em Pernambuco		Questionários aplicados		Fator de ponderação
	n	%	n	%	
Grande	335	28,37	57	47,11	0,602
Médio	554	46,91	37	30,58	1,534
Pequeno	292	24,72	27	22,31	1,108
Total	1181	100	121	100	–

desenvolvimento de ações de educação e promoção à saúde, ações coletivas, prevenção, além da realização de procedimentos cirúrgico-restauradores.

Segundo Frias et al.,¹⁵ quando se fala em avaliação da Atenção Primária à Saúde, seja para tomada de decisão ou para pesquisa científica, uma metodologia bastante utilizada na área da saúde é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian, cujos componentes básicos são: estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas e os resultados são o produto das ações e modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. Esse último componente não foi objeto do presente estudo, pois o impacto na saúde da população é medido a médio e longo prazo, não sendo compatível com a metodologia desse trabalho.

Durante a visita dos pesquisadores aos municípios, foi feito contato com os seus respectivos Coordenadores de Saúde Bucal, com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa que seria realizada e facilitarem o contato dos entrevistadores com as ESB.

Foi selecionado um informante-chave — cirurgião-dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB), ou técnico em saúde bucal (TSB) — de cada ESB para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios, como ser integrante da ESB há pelo menos um ano e conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe, garantindo, assim, uma melhor qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente com uma ESB selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lo. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta. A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos à estrutura oferecida às equipes, e o desempenho de suas atividades, favoreceram uma avaliação mais fidedigna e completa das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Ao longo de 6 meses (julho a dezembro de 2009), foram visitados 22 municípios, perfazendo um total de 89 ESB entrevistadas *in loco*. Sem recursos financeiros, o que impossibilitou a viagem para novos municípios, as informações passaram a ser coletadas via contato telefônico com os coordenadores de saúde bucal dos municípios, os quais passaram os telefones das ESB para o contato direto com as mesmas. Houve uma maior dificuldade para entrar em contato com alguns municípios

e, quando foi possível, muitas equipes não tinham disponibilidade para responder ao questionário. De fevereiro a março de 2010, foi realizada a aplicação de 32 questionários em 7 municípios do estado de Pernambuco, através de contato telefônico. É importante ressaltar que foi enviado ao município um envelope lacrado com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a assinatura dos profissionais participantes, além de um envelope selado para o retorno desses termos, sem custo para o município.

Para realização da análise dos dados, organizou-se uma base no programa Epi Info, versão 3.5.3, elaborada após a digitação dos questionários, onde foram obtidas informações sobre cada equipe de saúde bucal.

Vale ressaltar que, para cada item analisado, foi realizada a estratificação por porte populacional e, aos resultados referentes a Pernambuco, foi aplicado o fator de ponderação, referido anteriormente, o qual corrige a influência das proporções dos questionários calculados/aplicados entre os portes municipais nas respostas analisadas. Os resultados foram expressos em proporções no formato de tabelas.

A análise dos questionários também permitiu verificar se existe diferença estatística significativa entre as ações realizadas pelas equipes de saúde bucal e o porte populacional dos municípios. Através do software estatístico R, foi utilizado o teste χ^2 para comparar as proporções entre os três estratos populacionais, e o teste exato de Fisher, nos casos em que a proporção esperada apresentava valores <5 .

Este artigo foi resultado do Projeto de Pesquisa “atenção primária à saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Observatório de Recursos Humanos do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Nesc/CPqAM/Fiocruz), atendendo ao Edital MCT/CNPq Universal nº. 15/2007, na faixa B, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (nº 129/2008) em 04 de dezembro de 2008.

O mesmo cumpre os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, contidos na Declaração de Helsinki (2000), e se orienta conforme os parâmetros bioéticos da Resolução nº 196/96 CONEP/MS. Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tendo sua identidade preservada, e convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se, assim, o sigilo da autoria das informações.

Um dos fatores limitantes deste estudo refere-se ao seu desenho do tipo transversal, o qual limita a interpretação dos resultados, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Outra limitação deste estudo está no fato de que as informações utilizadas para se avaliar a oferta de procedimentos pelas equipes eram autorreferidas pelos profissionais, não sendo possível, assim, comprovar se as ações citadas eram realmente executadas. Espera-se que este artigo sirva de base para estudos futuros que possam investigar em profundidade alguns aspectos desse trabalho ou complementá-lo com informações que foram pouco exploradas.

RESULTADOS

A ESTRUTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL: RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E INSUMOS

A análise da estrutura das ESB envolveu, além da estrutura física da unidade, os recursos humanos, equipamentos, instrumentos e insumos utilizados (Tabela 2).

Ao se observar o aspecto da capacitação profissional, constatou-se que 57,2% dos cirurgiões-dentistas apresentaram treinamento introdutório em Saúde da Família e 46,3%, curso de Especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família. Tais resultados mostraram uma diferença estatisticamente significativa, quando comparados por porte populacional, onde os municípios de grande porte apresentaram um maior percentual de profissionais que possuíam as referidas capacitações. Quando se questionou a respeito da capacitação em saúde da família para os técnicos e auxiliares de saúde bucal, observou-se que menos da metade desses profissionais (42,6%) não possuía treinamento introdutório em Saúde da Família, e que os municípios de grande porte apresentaram, proporcionalmente, mais auxiliares com esse tipo de capacitação ($p=0,006$), quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte.

Com relação à estrutura física das unidades, considera-se um aspecto relevante para o desenvolvimento das ações preventivas a presença de um espaço com pia e espelho para escovação. Entretanto, apenas 25,4% das unidades apresentaram essa estrutura para realização dos procedimentos de escovação supervisionada.

Sobre a disponibilidade dos equipamentos, percebe-se que a grande maioria possui a cadeira odontológica e seus acessórios essenciais como compressor, refletor, sugador, cuspeira, terminais para peça de mão e seringa tríplice em funcionamento (97,7%). Também disponíveis para as equipes, e de grande importância para a restauração de dentes decíduos e permanentes, são os aparelhos amalgamador (93,0%) e fotopolimerizador (83,9%), sendo

esse último mais frequente em municípios de grande e pequeno porte, quando comparados a municípios de médio porte ($p=0,010$). Para a esterilização dos instrumentais, 70,7% das equipes relataram possuir estufa em funcionamento, e apenas 34,9%, autoclave, sendo esse equipamento mais frequentemente encontrado nos municípios de grande porte ($p=0,002$). Algumas equipes relataram não possuir estes equipamentos pelo fato da esterilização ser

Tabela 2 – Distribuição do componente estrutura (recursos humanos, estrutura física, equipamentos, instrumentais e materiais) das equipes de saúde bucal por porte populacional. Pernambuco, 2009

Estrutura	GP		MP		PP		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Valor p
Curso(s) que o cirurgião-dentista possui									
Treinamento introdutório em SF	44	77,2	17	45,9	15	55,6	69,2	57,2	0,016 ^a
Curso de aperfeiçoamento em SF	16	28,1	6	16,2	6	22,2	25,5	21,1	0,298 ^a
Especialização	42	73,7	15	40,5	7	25,9	56,0	46,3	0,000 ^a
Residência, mestrado ou doutorado	4	7,0	1	2,7	1	3,7	5,0	4,2	0,832 ^a
ASB e/ ou TSB possuem treinamento introdutório?									
Sim	37	64,9	14	37,8	7	25,9	51,5	42,6	0,006 ^a
Há espaço com pia e espelho para escovação na unidade?									
Sim	20	35,1	10	27,1	3	11,1	30,7	25,4	0,061 ^a
Equipamentos disponíveis na equipe									
Cadeira odontológica	55	96,5	36	97,3	27	100,0	118,2	97,7	0,798 ^b
Fotopolimerizador	54	94,7	27	72,9	25	92,6	101,6	83,9	0,010 ^a
Amalgamador	55	96,5	33	89,2	26	96,3	112,5	93,0	0,262 ^a
Autoclave	29	50,9	14	37,8	3	11,1	42,3	34,9	0,002 ^a
Estufa	35	61,4	29	78,4	18	66,7	85,5	70,7	0,179 ^a
Aparelho de raio-X	6	10,5	4	10,8	3	11,1	13,1	10,8	0,971 ^a
Micromotor com contra-ângulo	35	61,4	22	59,5	19	70,4	75,9	62,7	0,630 ^a
Caneta de alta rotação	53	92,9	35	94,6	27	100,0	115,5	95,5	0,419 ^a
Instrumentais disponíveis em quantidade suficiente para o turno de atendimento									
Exame clínico	36	63,2	35	94,6	22	81,5	99,7	82,4	0,000 ^a
Dentística básica	46	80,7	36	97,3	21	77,8	106,2	87,8	0,011 ^a
Periodontia básica	34	59,6	30	81,1	18	66,7	86,4	71,4	0,069 ^a
Cirurgia básica	39	68,4	36	97,3	17	62,9	97,5	80,6	0,000 ^a
Materiais disponíveis em quantidade suficiente para as ESB									
Material de consumo	49	85,9	36	97,3	25	92,6	112,4	92,9	0,141 ^a
Equipamento de proteção individual	51	89,5	34	91,9	26	96,3	111,7	92,3	0,465 ^a
Material educativo	12	21,0	24	64,9	17	62,9	62,9	51,9	0,000 ^a
Formulários, receituários, requisições	38	66,7	34	91,9	24	88,9	101,6	83,9	0,007 ^a

Os valores de n (total) e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados; GP: grande porte; MP: médio porte; PP: Pequeno Porte; ^aTeste do χ^2 ; ^bTeste Exato de Fisher.

realizada fora da unidade ou por empresa terceirizada. Já o aparelho de raio-x foi encontrado com pouca frequência nas equipes (10,8%).

A respeito dos recursos materiais, observou-se que os instrumentais disponíveis para a clínica são considerados suficientes para a demanda de atendimento diário nas diversas especialidades (acima de 71%). Entretanto, alguns desses instrumentais apresentaram diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) quanto à sua disponibilidade por porte municipal: exame clínico, dentística e cirurgia básica são suficientes com maior frequência nos municípios de médio porte (94,6; 97,3 e 97,3%, respectivamente).

Quando se observa a disponibilidade de materiais de consumo, percebe-se a falta ou quantidade insuficiente de materiais para sessões educativas — cartazes, panfletos, cartolina, pincel e manequim odontológico — junto à comunidade, para aproximadamente 48,0% das ESB entrevistadas, ao contrário dos demais materiais de consumo, os quais se mostram suficientes.

OS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

O conjunto de ações realizadas pelas ESB é composto em, aproximadamente, 70% de procedimentos clínicos, realizados individualmente, mostrando a seguinte distribuição na Tabela 3: dentre os procedimentos individuais de prevenção, a aplicação tópica de flúor (97,7%) e a remoção de placa bacteriana (95,5%) foram realizados com maior frequência, ao contrário da evidenciação de cárie, através da aplicação de cariostático (47,9%). Um ponto importante a destacar refere-se à aplicação de selante, procedimento realizado com frequência pelas equipes dos municípios de grande (71,9%) e médio porte (67,6%), quando comparadas às equipes dos municípios de pequeno porte (44,4%; $p = 0,038$). Os procedimentos curativos também foram realizados (em mais de 94% das equipes), com exceção de tratamento de alveolite (37%) e tratamento de hemorragia (33,2%; $p = 0,025$), pouco frequentes na prática diária. As primeiras consultas odontológicas foram realizadas por 97,7% das equipes.

AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Um eixo relevante relacionado ao processo de trabalho das ESB refere-se ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde na área de abrangência.

Os resultados mostraram, para a população de escolares, que ações como palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor são realizadas semanal ou quinzenalmente por aproximadamente 50% das ESB, sendo os municípios

Tabela 3 – Relação dos procedimentos clínicos realizados no último mês pelas equipes de saúde bucal por porte populacional – populacional. Pernambuco, (respostas múltiplas)

Procedimentos clínicos	GP		MP		PP		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Valor p
Aplicação de carioestático	20	35,1	22	59,5	11	40,7	57,9	47,9	0,048 ^a
Aplicação de flúor	55	96,5	36	97,3	27	100,0	118,2	97,7	0,798 ^b
Aplicação de selante	41	71,9	25	67,6	12	44,4	76,3	63,1	0,038 ^a
Remoção de placa	55	96,5	35	94,6	26	96,3	115,6	95,5	0,838 ^a
Adequação do meio bucal	47	82,5	31	83,8	24	88,9	102,4	84,7	0,668 ^a
1º consulta odontológica	55	96,5	36	97,3	27	100,0	118,2	97,7	0,798 ^b
Remoção de tártaro	55	96,5	35	94,6	27	100,0	116,7	96,5	0,808 ^b
Restauração de dente decíduo/permanente	56	98,2	34	91,9	26	96,3	114,7	94,8	0,413 ^a
Tratamento de alveolite	21	36,8	13	35,1	11	40,7	44,8	37,0	0,893 ^a
Tratamento de hemorragia	9	15,8	14	37,8	12	44,4	40,2	33,2	0,025 ^a
Exodontia e remoção de resto radicular	55	96,5	35	94,6	27	100,0	116,7	96,5	0,808 ^b
Atendimento casos de urgência	56	98,2	35	94,6	27	100,0	117,3	96,9	0,332 ^b

Os valores de n (total) e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados; GP: grande porte; MP: médio porte; PP: pequeno porte; ^aTeste do χ^2 ; ^bTeste Exato de Fisher.

de pequeno porte aqueles que menos realizam tais atividades com essa frequência ($p < 0,05$). Já a distribuição de escova e creme dental é realizada em espaços de tempo maiores (Tabela 4).

Outro aspecto observado no estudo refere-se às ações educativas oferecidas ao restante da população. Constatou-se a elevada frequência (96,5%) das orientações individuais realizadas dentro do consultório odontológico, assim como das palestras realizadas na sala de espera da unidade (75,9%) e na comunidade (72,4%), demonstrando que os profissionais de saúde bucal estão modificando suas práticas assistenciais e saindo mais do consultório odontológico. A participação das equipes nos grupos educativos apresentou um percentual considerado de 68,5%, mas demonstrando uma diferença significativa entre os portes dos municípios, sendo o médio porte o grupo de municípios em que as equipes menos participam dessa ação (Tabela 4).

Como a realização de palestras na sala de espera e na comunidade apareceu com relativa frequência dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes, considera-se necessário identificar os principais temas abordados. Nota-se que os três assuntos mais

Tabela 4 – Relação das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal por porte populacional. Pernambuco, 2009 (respostas múltiplas)

Ações	GP		MP		PP		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Realização das atividades de prevenção semanal/quinzenalmente para escolares									
Palestra	34	59,6	18	48,6	8	29,6	56,9	47,1	0,064 ^a
Escovação supervisionada	36	63,2	23	62,2	7	25,9	64,7	53,5	0,004 ^a
Aplicação de flúor	31	54,4	21	56,8	6	22,2	57,5	47,5	0,010 ^a
Teatro	5	8,8	0	0,0	1	3,7	4,1	3,4	0,046 ^b
Vídeo	9	15,8	5	13,5	2	7,4	15,3	12,6	0,545 ^a
Distribuição de escova e creme dental	19	33,3	17	45,9	2	7,4	39,7	32,8	0,001 ^a
Tipos de atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde bucal, exceto nas escolas									
Abordagem individual	55	96,5	35	94,6	27	100,0	116,7	96,5	0,808 ^b
Palestras na sala de espera	43	75,4	30	81,1	18	66,7	91,8	75,9	0,345 ^a
Palestras na comunidade	37	64,9	26	70,3	23	85,2	87,6	72,4	0,121 ^a
Meios de comunicação	8	14,0	4	10,8	1	3,7	12,1	10,0	0,308 ^a
Participação em grupos educativos	48	84,2	20	54,1	21	77,8	82,8	68,5	0,005 ^a
Abordagem alternativa	9	15,8	1	2,7	1	3,7	8,1	6,7	0,081 ^a
Temas abordados nas atividades educativas									
Higiene bucal (escovação, uso do fio dental)	56	98,2	37	100,0	26	96,3	119,3	98,6	0,248 ^b
Doenças bucais (cárie, doença periodontal)	54	94,7	36	97,3	27	100,0	117,6	97,2	0,798 ^b
Dieta	55	96,5	34	91,9	22	81,5	109,6	90,6	0,069 ^a
Cuidados para evitar fluorose	35	61,4	31	83,8	24	88,9	95,2	78,7	0,009 ^a
Exposição ao sol sem proteção	32	56,1	22	59,5	21	77,8	76,3	63,0	0,182 ^a
Riscos do álcool e fumo	47	82,5	33	89,2	25	92,6	106,6	88,1	0,369 ^a
Autoexame da boca (detecção de lesões)	50	87,7	31	83,8	25	92,6	105,3	87,1	0,467 ^a
Cuidados pós-traumatismo dentário	36	63,2	26	70,3	19	70,4	82,6	68,3	0,677 ^a
Prática de exercícios físicos	19	33,3	21	56,8	16	59,3	61,4	50,7	0,043 ^a
Agravos à saúde (diabetes, hipertensão...)	47	82,5	33	89,2	24	88,9	105,5	87,2	0,547 ^a
Organização das atividades educativas pela equipes de saúde bucal									
Sempre em conjunto	26	45,6	11	29,7	7	25,9	40,3	33,3	0,153 ^a
Programado	28	49,1	26	70,3	19	70,4	77,8	64,3	0,115 ^a
Separados	2	3,5	0	0,0	1	3,7	2,3	1,9	0,278 ^b

Os valores de n (total) e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados; GP: grande porte; MP: médio porte; PP: pequeno porte; ^aTeste do χ^2 ; ^bTeste Exato de Fisher.

abordados pelas ESB são orientações quanto à escovação e ao uso do fio dental (98,6%), fatores relacionados à cárie e à doença periodontal (97,2%) e dieta/ alimentação (90,6%).

A forma como a equipe se organiza para realização das práticas educativas também exerce grande influência na saúde bucal da população. Observou-se que 64,3% dos cirurgiões-dentistas realizam as atividades de escovação, palestra, dentre outros, ora em conjunto, ora separadamente dos seus auxiliares, possibilitando, em muitos casos, alcançar uma parcela maior da população, quando comparado às ações sempre em conjunto.

DISCUSSÃO

Neste momento, as práticas realizadas pelas ESB serão comentadas frente ao que o Ministério da Saúde preconiza, baseado na Política Nacional da Atenção Básica,¹⁶ nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal,¹⁷ e nos achados de outros autores, com a finalidade de identificar distorções na assistência à saúde bucal adotada no estado de Pernambuco.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Com relação aos procedimentos realizados pelas ESB, pode-se perceber uma maior proporção de exodontias nos municípios de pequeno porte, embora sem diferença significativa ao comparar-se com os outros municípios. Já os tratamentos de hemorragia estiveram mais relacionados ($p < 0,05$) aos municípios de menor porte.

Fernandes e Peres¹⁸ afirmaram que, embora muitos municípios estejam oferecendo algum acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras. Araújo e Dimenstein¹⁹ observaram nas ESB do Rio Grande do Norte que, enquanto em alguns locais são realizadas mais restaurações fotopolimerizáveis, em outros, só há exodontia, caracterizando a falta de organização na utilização dos recursos e a permanência de um modelo conflitante com a Estratégia de Saúde da Família. Os autores relatam que essa dificuldade de como trabalhar no PSF é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-mutilador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade dos CD e dos gestores.

Sobre isso, Roncalli²⁰ afirma que:

a Saúde Bucal no Brasil se depara, há algum tempo, com a incapacidade do modelo de oferta de serviços em incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos numa lógica de promoção de saúde. Analisando o modelo de oferta de serviços em função da demanda, pode-se observar que, do ponto de vista do setor público, ainda persistem, em muitos municípios brasileiros, particularmente

Mesmo que o edentulismo tenha números elevados em todo o Brasil, como constatado em 2003, onde mais de 28% dos adultos brasileiros apresentavam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada, e entre os idosos 75% não apresentam nenhum dente funcional (SBBrazil, 2003), em estudo realizado por Correia Júnior²¹ sobre os procedimentos exodônticos no estado de Pernambuco, evidenciou-se um declínio do indicador de exodontias no estado como um todo, embora, ainda em proporções elevadas em vários municípios.

Dessa forma, demonstra-se que tal prática ainda permanece resistente em alguns municípios de Pernambuco, não sendo possível relacioná-la ao seu porte demográfico.

Entretanto, muitos procedimentos clínicos, os quais deveriam ser preventivos, como por exemplo a aplicação de carióstático e a aplicação de selante, são mais realizadas pelas ESB de municípios de médio e grande porte, respectivamente, sendo menos realizados pelas ESB dos municípios de pequeno porte.

Observou-se, no estado do Paraná, que todos os cirurgiões-dentistas estão basicamente envolvidos com o atendimento clínico, sendo que nem todos desenvolvem as outras atividades. Os auxiliares, por sua vez, centram suas ações em atividades convencionais como instrumentação do cirurgião-dentista e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais.¹⁴ Outros autores tentam explicar as práticas exclusivamente clínicas realizadas por algumas equipes com base no perfil profissional, como mostram Araújo e Dimenstein,¹⁹ os quais estudaram as ESB do Rio Grande do Norte e observaram que:

[...] os CD têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica (...). A maioria não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF [...].¹⁹

Tal influência da capacitação profissional no desenvolvimento das práticas das equipes de saúde bucal também foi evidenciada neste trabalho, o qual mostrou um maior percentual de equipes com treinamento introdutório (CD e auxiliares) e cirurgiões-dentistas com curso de especialização nos municípios de grande porte.

A demanda reprimida também chega a ser um empecilho para o desenvolvimento de certas ações, conforme afirmam Oliveira e Saliba²² ao constatarem que as

equipes de saúde bucal de Campos dos Goytacazes não conseguem atender às necessidades da população adscrita devido à grande demanda por atenção odontológica. Barros e Chaves¹¹ reforçam que, em muitos municípios, a prática profissional ainda continua amarrada a um crescente atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade. Sugere-se também que essa alta demanda por atendimento clínico seja mesmo uma questão cultural desse tipo de município, mas que tem que ser modificada pelos profissionais responsáveis pela saúde bucal da sua população.

É importante destacar que, apesar da responsabilidade do cirurgião-dentista em realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias,¹⁶ deve haver uma preocupação por parte dos gestores em oferecer condições ao atendimento clínico, como o funcionamento adequado dos equipamentos e instrumentais disponíveis em quantidade suficiente, conforme observado neste trabalho.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

O tema “ações de promoção e prevenção” é de grande relevância neste trabalho, pois essas ações são consideradas pelo Ministério da Saúde como fundamentais para a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, baseado em práticas mutiladoras, para um modelo centrado na saúde bucal dos seus cidadãos, centrado em ações estruturadas/consolidadas de promoção à saúde e prevenção da cárie.

Conforme mostraram os resultados, as equipes dos municípios de pequeno porte realizam, além da escovação supervisionada, a aplicação tópica de flúor, em intervalos de tempo maiores (mensalmente ou mais) na população escolar, quando comparados às equipes dos municípios de médio e grande porte, as quais realizam esses procedimentos com uma frequência semanal ou quinzenal.

A baixa valorização das ações preventivas pode, muitas vezes, ser consequência da prioridade dada aos procedimentos clínicos. Patriota²³ observou que, na maioria dos distritos sanitários do Recife, a cobertura das ações de natureza coletiva, no conjunto dos demais procedimentos odontológicos, é ainda incipiente e apresenta uma cobertura insignificante. A citação de Cardoso et al.²⁴ reflete a situação atual de algumas ESB de Pernambuco: “a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais”.

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006¹⁶ estabelece como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica o desenvolvimento de ações educativas

que possam interferir no processo de saúde-doença da população, devendo a estratégia priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Em Pernambuco, essas ações são representadas em maior proporção pelas palestras, seja na sala de espera da unidade ou na comunidade e, em menor proporção, através dos meios de comunicação (como rádio, vídeos) e abordagens alternativas como peças teatrais ou dramatização. Aos escolares, observou-se que as palestras foram realizadas com menos frequência nos municípios de pequeno porte. No Rio Grande do Norte, a realização de palestras foi a atividade coletiva mais citada pelas ESB, sendo o espaço mais destacado para o desenvolvimento dessas ações o das escolas, com 47,7% das citações, seguido das creches (31,8%).²⁵

Emmi e Barroso²⁶ constataram que as atividades preventivas são valorizadas pelos usuários, ao avaliarem as ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. Quando questionados sobre os fatores que melhoraram e que consideraram de relevância após a inclusão das ESB, os usuários citaram, com maior frequência, as orientações sobre higiene bucal, seja através de palestras, nas visitas em casa ou na própria consulta.

O Caderno da Atenção Básica nº 17,²⁷ referente à Saúde Bucal, estabelece que as ações educativas coletivas devem abordar os seguintes assuntos:

- a) as principais doenças bucais, como se manifestam e como podem ser prevenidas;
- b) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental;
- c) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose;
- d) as orientações gerais sobre dieta;
- e) a orientação para autoexame da boca;
- f) os cuidados imediatos após traumatismo dentário;
- g) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e
- h) a prevenção ao uso de álcool e fumo.

Neste estudo, as equipes relataram abordar a maior parte dos temas, sendo os mais citados as práticas de higiene bucal (escovação e uso do fio dental) e as doenças bucais mais prevalentes (cárie, doença periodontal). A prática de exercícios físicos foi citada por apenas 50,7% das equipes entrevistadas.

Outro aspecto importante refere-se à distribuição da equipe para a realização das ações de saúde. Ainda que coordenados e, inicialmente, realizados pela ESB, eles podem ser mantidos pelo agente comunitário de saúde ou pessoal auxiliar de odontologia, pois, assim, essas práticas teriam uma maior abrangência na comunidade. Em Pernambuco, observou-se uma maior frequência de realização das atividades de forma programada, ou seja, CD e auxiliares — ASB, TSB e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) —, em alguns momentos atuam em conjunto e em outros atuam separadamente, de acordo com a necessidade. Segundo Carvalho et al.,²⁸ o TSB e o ASB podem atuar sob supervisão do cirurgião-dentista, por exemplo, nos grupos existentes na unidade, nos grupos de atividades educativo-preventivas e de manutenção de saúde bucal e, também, na atenção individual, realizando profilaxia, terapêutica com flúor, higiene bucal supervisionada, entre outras aplicações.

Vale ressaltar que o procedimento de escovação dental supervisionada pode ser realizado na própria unidade de saúde, contanto que esta possua um espaço reservado com pia e espelho para escovação. Porém, evidenciou-se que apenas 25,4% das equipes relataram possuir essa estrutura na unidade em que trabalham.

Entretanto, para que as ações de promoção e prevenção tenham êxito, é preciso que haja investimento e condições materiais para que as ESB realizem essas atividades. Muitas equipes, especialmente as de municípios de grande porte, relataram a falta ou quantidade insuficiente de material educativo, como painéis, cartolina, pincel, manequim odontológico ou vídeos educativos. Araújo e Dimenstein¹⁹ também observaram esse problema entre os cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte, os quais relataram dificuldades em praticar as atividades preventivas na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A respeito da estrutura dos serviços, observou-se a precária capacitação de cirurgiões-dentistas e auxiliares, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte, ausência de áreas para escovação nas unidades, além da quantidade insuficiente de materiais educativos para as ações de prevenção nos municípios de grande porte.

Quanto ao processo de trabalho, observou-se que ações como palestras, escovação supervisionada, aplicação de flúor e distribuição de escova e creme dental foram desenvolvidas com menor frequência pelos municípios de pequeno porte.

Dessa forma, a incorporação dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família pelas equipes de saúde bucal poderá ser obtida através do investimento na estrutura das

equipes e no estímulo à educação permanente, almejando reduzir as diferenças encontradas entre os municípios de pequeno, médio e grande porte do estado de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2012;289(Suppl):s58-68.
2. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6.
3. Brasil. Área Técnica de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg Saúde Debate*. 2000;21:68-73.
4. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000.
5. Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 1996;13:18-35.
6. Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(31):210-6.
7. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica. Brasília, 2000. Extraído de [www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm], acesso em [4 de agosto de 2007].
8. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 2003;27(65):278-89.
9. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.
10. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):123-30.
11. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(1):41-51.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília-DF, 2003. Extraído de [www.saude.gov.br/proesf], acesso em [10 de junho de 2014].

13. Brasil. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília; 2010.
14. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35.
15. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró ACAL, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (orgs.). *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 196.
16. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
17. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, DF, 2004. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf], acesso em [12 de janeiro de 2009].
18. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.
19. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27.
20. Roncalli AGCO. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 32-48.
21. Correia Jr. WLM. Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008 [Monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
22. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:297-302.
23. Patriota CMM. Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005 [Monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
24. Cardoso ACC, Santos Jr. RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2002;26(1):94-8.

25. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2727-39.
26. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;13(1):35-41.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 17: saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Bol Saúde*. 2004;18(1):175-84.

Recebido em 04.11.2013 e aprovado em 12.08.2014.