

# Mapeamento da rede de atenção à saúde bucal do Município de Canoas-RS

Hethieline Griesang  
Kelly Gomes Benelli  
Milene Castilhos de Oliveira  
Rafaella Zappe Soares  
Matheus Neves

## RESUMO

**Introdução:** As atuais políticas públicas vêm buscando a melhoria da saúde bucal da população brasileira. As Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família apresentam-se como modelo que visa a essa melhoria nas localidades, levando em consideração cada contexto. A avaliação dos serviços odontológicos prestados na atenção primária serve como subsídio para gestores municipais nortear a assistência em saúde. **Objetivo:** Mapear a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município de Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Metodologia:** Foi realizado um mapeamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município de Canoas com base no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram avaliadas variáveis selecionadas a partir do módulo V (Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal) e módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) da referida avaliação. Os dados foram analisados no software *IBM SPSS Statistics 18* e apresentados por meio de suas frequências absolutas e relativas. **Resultados:** 10 Unidades Básicas de Saúde aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O município conta exclusivamente com Equipes de Saúde Bucal modalidade I, 90% dos dentistas possuem ou estão em formação complementar; 70% possuem vínculo empregatício pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Além disso, todas as equipes têm disponível, por parte da rede, oferta de consultas especializadas. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de avaliação contínua para orientar tomadas de decisões e novas propostas com o intuito de melhorar a assistência odontológica da população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, saúde bucal, avaliação em saúde.

---

**Hethieline Griesang** – Graduada de Odontologia pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

**Kelly Gomes Benelli** – Cirurgião Dentista Residente em Saúde Comunitária pela Universidade Luterana do Brasil, RS, Brasil.

**Milene Castilhos de Oliveira** – Doutora em Odontologia com Ênfase em Estomatologia pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

**Rafaella Zappe Soares** – Mestre em Odontologia com Ênfase em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

**Matheus Neves** – Doutor em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Autor correspondente:** Me. Kelly da Rocha Gomes Benelli. Avenida Farroupilha 8001, prédio 59, 3º andar. Bairro São José, Canoas, RS. CEP 92 425-900. E-mail: kellyrgo@gmail.com

Stomatoss	Canoas	Vol. 25	Nº 48	p.18-29	Jan./Jun. 2019
-----------	--------	---------	-------	---------	----------------

# Mapping the oral health care network in the City of Canoas-RS

## ABSTRACT

Introduction: the current public policies come seeking the improvement of oral health of the Brazilian population. Oral health teams of the family health Strategy are model that aims to this improvement in the localities, taking into account each context. The evaluation of the dental services provided at primary health care serves as an aid for municipal managers Guide to health assistance. Objective: to describe the Organization of oral health care network of the municipality of Canoas, Rio Grande do Sul, Brazil. Methodology: were inserted in this study 10 basic health units that joined to the second cycle of the national program for improving access and quality of primary health care. Selected variables were evaluated from the module V (Note on health oral health unit) and module VI (interview with professional oral health team and verification of documents on Health Unit), National Primary Care Access and Quality Improvement Program. The data were analyzed in the software SPSS and presented by their absolute and relative frequencies. Results: 10 Basic Health Units adhered to the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. The municipality have Modality I Oral Health Teams, 90% of the dentists do or are doing complementary training, 70% are employer for the Consolidation of Labor Laws (CLT), in addition, all offers have available, by the network, offering specialized consultations. Conclusion: The need for continuous assessment to guide decision making and new proposals aiming to improve the dental care of the population.

**Keywords:** Primary Health Care. Oral Health. Health Evaluation.

## INTRODUÇÃO

Com o Movimento da Reforma Sanitária e o processo de conformação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou em um conjunto de bases legais instituídas da Constituição de 1988, muitas mudanças incidiram nas políticas públicas do Brasil (1). Houve uma diminuição do número de municípios sem assistência odontológica, e obtivemos a inserção de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, proporcionando maior interação entre as ações de saúde bucal com diferentes programas de saúde. Ademais, com recursos do fundo nacional de saúde aconteceram programas de aplicação tópica de flúor e escovação dental supervisionada em escolas (2).

Mudanças no modelo de assistência à saúde ocorreram com a finalidade de privilegiar a atenção básica, e em 1994 criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu em 2000, quando o Ministério da Saúde estabeleceu pela Portaria nº. 1.444 um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do ESF. A portaria define que o trabalho da equipe de saúde bucal estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (3).

Em março de 2004 foi publicada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, criada em consonância com os princípios e diretrizes do

Sistema Único de Saúde (SUS), visando à melhoria da saúde da população e à redução das desigualdades, ampliando e reorganizando o acesso à Atenção Básica. Prova de que as novas medidas estão funcionando são os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB2010), em que as equipes de saúde bucal (ESB) passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010, tendo um investimento de 600 milhões de reais no ano de 2010 (4,5).

Outro ponto chave da PNSB foi a estratégia de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), com o intuito de estabelecer adequados sistemas de referência e contra referência em saúde bucal, pois é evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, segundo dados mais recentes, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Com a expansão do conceito de atenção básica, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (6). Nesse sentido, as redes de atenção à saúde possibilitam a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal de forma que possam ofertar cuidado contínuo e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos (7).

Entretanto, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde bucal aos brasileiros não vinham sendo avaliados até o ano de 2011, em que Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado. Esse programa tem como objetivo principal incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade do serviço em saúde e induzir a ampliação do acesso na atenção básica (8).

O Programa busca institucionalizar processos que aumentem a capacidade dos gestores tripartite e das equipes de saúde em ofertarem serviços que sejam efetivos na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e que possam atender às reais necessidades da população, garantindo um padrão de qualidade comparável no âmbito nacional, estadual e municipal (9).

Desta forma, o presente estudo almeja realizar um mapeamento da rede de atenção à saúde bucal do município de Canoas, bem como descrever as características das Equipes de Saúde Bucal que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento e participantes do estudo**

Foi realizado um estudo transversal descritivo, com base no banco de dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) e dados de domínio público do município de Canoas-RS. O município, durante a realização do 2º ciclo do PMAQ-AB, contava com 28 Unidades Básicas de Saúde, destas, 10 contratualizaram a participação e compõem a amostra deste estudo.

## Variáveis em estudo

As variáveis utilizadas neste estudo foram selecionadas a partir do Instrumento de Avaliação externa do Saúde mais Perto de você – Acesso e Qualidade (10), módulo V (Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal) e módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) do 2º ciclo do PMAQ-AB, disponíveis através do link: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php).

Para avaliação em relação aos profissionais foram analisados os seguintes itens:

- V.3.1 Qual a modalidade de saúde bucal desta Unidade de saúde?
- VI.3.1 O (a) senhor (a) possui ou está em formação complementar?
- VI.4.1 Qual o seu tipo de vínculo?
- VI.4.3 Qual a forma de ingresso?
- VI.6.2 Quais profissionais da Equipe de Saúde Bucal estão envolvidos nas ações de educação permanente?

Sobre a organização da agenda, foram empregadas as seguintes questões:

- VI.13.1 A agenda de atendimento clínico da equipe garante: apenas consultas odontológicas agendadas; ou apenas consultas odontológicas de demanda espontânea; ou consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda.
- VI.13.4 A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?
- VI.13.5 A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?
- VI.13.7 A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?

Por fim, foram aplicadas as respectivas perguntas:

- VI.14.1 ET A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?
- VI.15.1 Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?
- VI.11.2 Com que frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua ESB são atendidas por essa equipe?
- VI.20.1 A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?

O critério de inclusão para participar desse estudo foram as Equipes de Saúde Bucal terem aderido ao PMAQ-AB e participado da avaliação do segundo ciclo, e pertencerem ao município de Canoas.

## **Análise dos dados**

As variáveis em relação às características das Equipes de Saúde Bucal, organização da agenda da Equipe de Saúde Bucal e características dos atendimentos foram analisadas através do programa *IBM SPSS Statistics 18* e apresentadas descritivamente por meio de suas frequências absolutas e relativas.

## **Mapeamento**

Através do *Google Maps*® realizamos o mapeamento da rede de atenção à saúde bucal do município de Canoas. Este serviço de pesquisa e visualização de mapas e imagens de satélite da Terra é gratuito na *web*. O programa permite, através de suas ferramentas, a representação do espaço de acordo com a norma cartográfica. É possível o uso de ícones para representação de informações pontuais usando formas e cores diferentes.

Os mapas e os procedimentos de mapeamento são ferramentas úteis, pois permitem a apropriação do território e análise da distribuição dos serviços de saúde do município, consentindo a sistematização, interpretação e comunicação de resultados para gestão e avaliação.

## **Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob protocolo nº 21904 e atende a Resolução CNS 196/1996.

## **RESULTADOS**

Foram incluídas no estudo 10 (35,71%) das 28 Unidades básicas de Saúde (UBS) da rede, as quais participaram do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB. São elas: UBS Caic, UBS Cerne, UBS José Veríssimo, UBS Mathias Velho, UBS Mato Grande, UBS Natal, UBS Pedro Luís da Silveira, UBS Praça América, UBS Santo Operário e UBS União. A Tabela 1 descreve as características das Equipes de Saúde Bucal do município de Canoas, sendo que estas são formadas majoritariamente por ESB modalidade I. A maior parte dos dentistas (90%) possuem ou estão em formação complementar, 70% possuem vínculo empregatício pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e 80 % ingressaram via concurso público. As ações de educação permanente são realizadas pela equipe de saúde bucal completa em 90% dos casos.

Tabela 1  
Características da Equipe de Saúde Bucal.

Variáveis	n	%
<b>Qual modalidade de Equipe de Saúde Bucal nesta Unidade de Saúde?</b>		
Equipe de Saúde Bucal modalidade I	9	(90,0)
Equipe de Saúde Bucal modalidade II	1	(10,0)
<b>O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?</b>		
Sim	9	(90,0)
Não	1	(10,0)
<b>Qual é seu tipo de vínculo?</b>		
Empregatícia CLT*	7	(70,0)
Contrato CLT*	3	(30,0)
<b>Qual a forma de ingresso?</b>		
Concurso Público	8	(80,0)
Seleção Pública	2	(20,0)
Indicação	0	(0,0)
<b>Quais profissionais da Equipe de Saúde Bucal estão envolvidas nas ações de educação permanente?</b>		
Apenas o cirurgião-dentista	0	(0,0)
Apenas para o auxiliar ou o técnico em saúde bucal	0	(0,0)
Para a equipe de saúde bucal completa	9	(90,0)
Não realiza ações de educação permanente	1	(10,0)

\*CLT=Consolidação das Leis de Trabalho

Percebe-se que todas as equipes de saúde bucal referem realizar consultas odontológicas através de agendamento e atendimento a demanda espontânea, garantem agendamento de retorno e ofertam atividades de educação em Saúde Bucal no território adscrito. Metade das Equipes de saúde bucal tem agenda compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (Tabela 2).

Tabela 2  
Organização da agenda da Equipe de Saúde Bucal.

Variáveis	n	%
<b>A agenda de atendimento clínico da equipe garante:</b>		
Apenas consultas odontológicas agendadas	0	(0,0)
Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea	0	(0,0)
Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda	10	(100,0)
<b>A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família</b>		
Sim	5	(50,0)
Não	5	(50,0)
<b>A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em Saúde Bucal no território?</b>		
Sim	10	(100,0)

Variáveis	n	%
Não	0	(0,0)
<b>A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou tratamento?</b>		
Sim	10	(100,0)
Não	0	(0,0)

Em relação à característica dos atendimentos todas as equipes têm disponível, por parte da rede, oferta de consultas especializadas. Porém, apenas 6 relatam que possuem central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades. A maioria das Equipes de Saúde Bucal (80%) atendem pessoas residentes fora da área de abrangência do seu território e realizam visitas domiciliares à população adscrita (Tabela 3).

Tabela 3  
Características dos atendimentos.

Variáveis	n	%
<b>A Equipe de Saúde Bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?</b>		
Sim	10	(100,0)
Não	0	(0,0)
<b>Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?</b>		
Sim	6	(60,0)
Não	4	(40,0)
<b>Com que frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua ESB são atendidas por essa equipe?</b>		
Todos os dias da semana	4	(40,0)
Alguns dias da semana	4	(40,0)
Nenhum dia da semana	2	(20,0)
<b>A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?</b>		
Sim	8	(80,0)
Não	2	(20,0)

Analisando o mapeamento do município de Canoas, conseguimos visualizar a distribuição das Unidades Básicas de Saúde e estipular a localização das participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, bem como, do Centro de Especialidades Odontológicas.

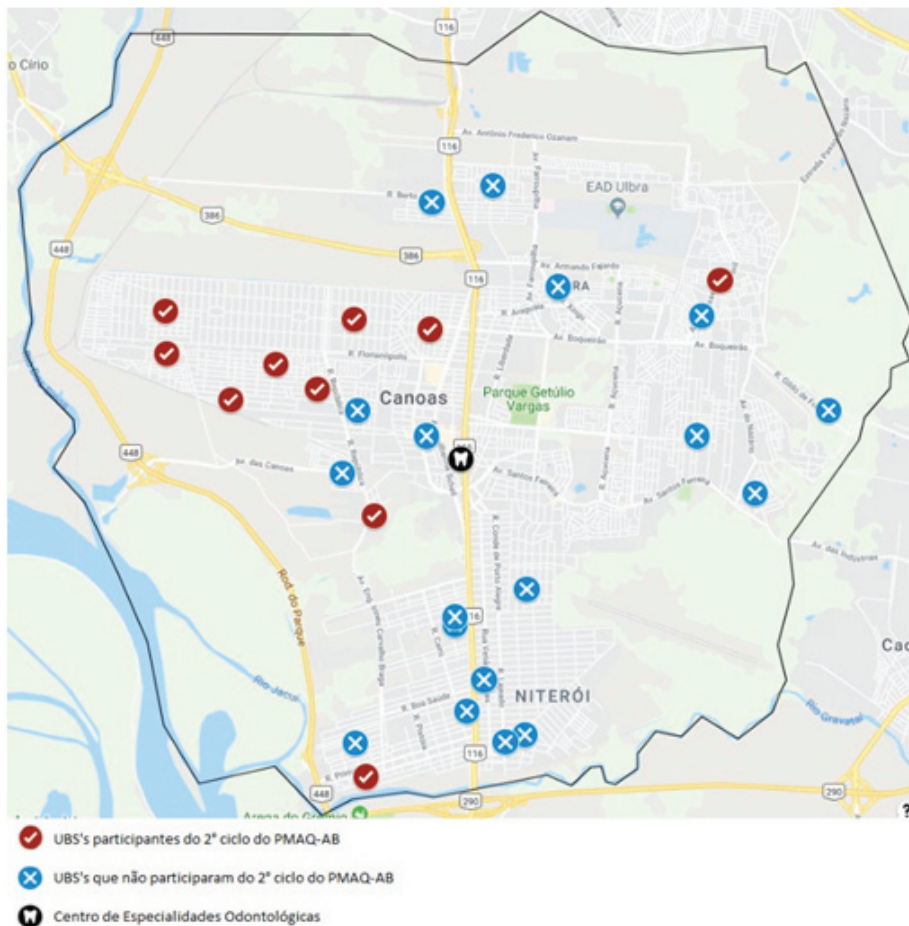


Figura 1. Mapa da distribuição dos serviços de atenção à saúde bucal do município de Canoas.

## DISCUSSÃO

No período da avaliação do segundo ciclo do PMAQ-AB, a cidade de Canoas dispunha de 28 Unidades Básicas de Saúde, das quais, 10 aderiram ao referido programa. Em 2017, as Equipes da UBS José Veríssimo se agregaram a UBS Harmonia, formando uma só unidade básica, desta forma, atualmente o município dispõem 27 Unidades Básicas de Saúde, sendo oito UBS no Quadrante Noroeste, sete no Quadrante Sudoeste, oito no Quadrante Nordeste e quatro pertencentes ao Quadrante Sudeste. Todos os serviços de saúde do município funcionam nos turnos manhã e tarde, durante todos os dias da semana, exceto sábados e domingos. Com horário de abertura as 8 horas da manhã e fechamento as 17 horas (11).



Em todas as equipes de saúde bucal do Quadrante Noroeste os cirurgiões dentistas apresentam emprego público CLT como tipo de vínculo. Essa resposta vai de encontro aos resultados encontrados em um estudo que avaliou essa variável em todo o Brasil, onde os autores apontam que o vínculo estatutário foi o mais frequente chegando a 42,1% em todo o município (12).

O Quadrante Nordeste é o mais populoso do município de Canoas, contando com oito UBS distribuídas no seu território, contudo apenas a UBS Caic participou da avaliação, e afirmou não realizar visita domiciliar em sua área de abrangência, assim como a UBS Pedro Luís da Silveira do Distrito Sudoeste. À luz do SUS a visita domiciliar se constitui como um eixo transversal, integrando a universalidade, a integralidade e equidade na atenção à saúde. A maior parte das equipes de saúde bucal que participaram desse estudo realiza a atenção domiciliar com o intuito de estabelecer vínculo com a população (13).

As unidades Pedro Luís da Silveira e Mato Grande pertencentes ao quadrante Sudoeste, o menos populoso do município, ofertam consultas especializadas na rede de atenção à saúde, assim como em todo o município, entretanto, nenhuma das duas contam com central de regulação para encaminhamento do usuário, tampouco as UBS Caic e Praça América. É pertinente ressaltar que a central de regulação favorece a interligação dos pontos da rede pela reorganização do fluxo e promove uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial. No município de Ribeirão Preto-SP, antes de possuir central de regulação de encaminhamento, havia desorganização na oferta e utilização dos recursos assistenciais, tanto nos serviços próprios quanto nos conveniados. No entanto, com a Central de Regulação ocasionaram decréscimos na demanda reprimida e uma redução sensível do tempo de espera (13,14).

Em Metade das ESB do município de Canoas há o compartilhamento de agenda entre as ESB e ESF, esta prática se configura como uma forma de pensar em saúde de forma integral e ampliada. Existem estudos que mostram certa resistência por parte da própria ESB na execução do trabalho em equipe, contudo, há de se pensar que a formação acadêmica dos profissionais ainda não está voltada para o trabalho em equipe e para o olhar interdisciplinar. Sucede-se a necessidade de motivar os profissionais de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e o estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas (15, 16).

Analisando o mapeamento, notamos a presença de um Centro de Especialidades Odontológicas localizado no centro da cidade, sendo de fácil acesso a todos os distritos, ofertando as especializações de cirurgia oral, endodontia, pacientes com necessidades especiais, periodontia e estomatologia, a especialidade de odontopediatria é oferecida na UBS Santa Isabel, também localizada no Centro da cidade. O município de Canoas conta com atendimento odontológico às Pessoas com Deficiência (PcD) em bloco cirúrgico no Hospital Bom Pastor em Igrejinha-RS. De acordo com a Portaria SES Nº 575/2017, que institui remuneração para realização de procedimentos odontológicos em

ambiente hospitalar para atendimento a Pessoas com Deficiência, o Hospital Bom Pastor em Igrejinha-RS é a referência neste tipo de atendimento para os municípios da Macro Metropolitana. Os pacientes são encaminhados via sistema de regulação (SISREG) e o tratamento odontológico ofertado consiste em procedimentos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em Pessoas com Deficiência que não possam ser submetidas à situação odontológica convencional (17).

Os resultados encontrados nesse estudo traçaram o perfil das Equipes de Saúde Bucal que incorporam a rede do município de Canoas, estas são compostas, em sua grande maioria, da modalidade tipo I (um Cirurgião Dentista e um Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal). A atuação dos profissionais técnicos e auxiliares nas equipes de saúde bucal da ESF promove maior eficiência, aumento do rendimento, otimização do tempo de consulta, minimizando, assim, o custo operacional e aumentando a produtividade (17). O contraste no número de equipes de modalidade I e modalidade II é evidente e reflete a realidade do país em termos de composição de equipes de saúde bucal. As ESB da modalidade II são as equipes mais completas por contarem com cirurgião dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB). A pouca participação do TSB pode ser reflexo da enorme desproporção existente entre o número desses profissionais e o número de cirurgiões-dentistas no Brasil, nos trazendo uma grande perda, visto que, inúmeras atividades coletivas que atualmente são desenvolvidas pelo CD poderiam ser conduzidas por técnicos, que são capacitados para isso (18).

No que se refere aos atendimentos, observou-se que a maioria das equipes de saúde bucal assiste usuários residentes fora da sua área de cobertura, atendem consultas de demanda espontânea e programada, e garantem o retorno ao usuário após o início do tratamento. Esta organização da agenda é fundamental na logística da rotina no que tange ao atendimento das demandas, garantindo o cuidado integral (19). O estabelecimento da carga horária de 40 horas, para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na ideia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e a população, e também para que haja um melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial. Além disso, é possível reservar um horário específico para este participar das reuniões de equipe, importante atividade do processo de trabalho (20).

A análise aprofundada das informações resultantes do PMAQ-AB tem amplo potencial para subsidiar a tomada de decisão e dar direcionalidade à política de Atenção Básica no país para garantia de atenção integral e universal. Este estudo possui grande valor para a prática de gestão em saúde bucal para o município de Canoas, em virtude de apresentar uma descrição detalhada de aspectos importantes das equipes de saúde bucal da atenção primária, representando assim um ganho para o município, podendo ser utilizado no auxílio em novas ações de planejamento, correção de dificuldades identificadas na avaliação e melhoria do processo de trabalho das equipes (21, 22, 23).

Todavia, a metodologia desse estudo é passível de críticas. Uma das limitações foi o número de equipes avaliadas, pois abrange apenas aquelas que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB podendo representar características diferentes das demais, caracterizando

um viés de seleção. Outrossim, este estudo reflete apenas as informações obtidas no ano de 2014, que podem já ter sido modificadas na sua prática.

## CONCLUSÃO

A Rede de Atenção à Saúde Bucal do município em questão apresenta-se bem estruturada e preparada conforme os fundamentos e diretrizes dispostas pelo Ministério da Saúde. Contudo, detém de algumas necessidades futuras de planejamento e procedimentos, visto que maior parte das equipes apresentou desempenho mediano ou abaixo da média no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, sendo necessárias ações que possibilitem estruturação mais satisfatória das equipes de saúde bucal e fortalecimento do processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.
2. Frazão P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25 (4) :712–712.
3. Brasil. Portaria nº. 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2000.
4. Brasil. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a assistência aos pacientes com anomalia do crânio e região bucomaxilofacial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010.
5. Brasil. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais*. Editora MS, 2004.
6. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.
9. Reis AT, Oliveira PTR, Sella PE. Sistema de avaliação para a qualificação do sistema único de saúde (SUS). *Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, 2012 ago.; 6 (2).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

11. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. Out. 2014; 38 (especial):94-108.
12. Prefeitura Municipal de Canoas – Dados de Canoas. FEE – Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. 14 de dezembro de 2016. Consultado em 29 de agosto de 2017
13. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. *Revista da ABENO*. 2017; 17(4):87-98.
14. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010, 15(3):3579-3586.
15. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014, 19(2): 373-382
16. Steyer MRP, Cadoná MA & Weigelt LD. A Construção Regional de Políticas de Educação em Saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde-RS. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*. 2018; 14:(2).
17. Brasil. Portaria SES N° 575/2017. Institui remuneração para realização de procedimentos odontológico em ambiente hospitalar para atendimento a pessoas com deficiência. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2017.
18. Oliveira CAS, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNGD. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, 18, 2453-2460.
19. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, out./dez. 2015; 39 (107):1033-1043.
20. Reis WG, Scherer, MDA, Carcereri, DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2015; 39 (104):56-64.
21. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) – Porto Alegre: *Rede UNIDA*, 2016. p.357. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).
22. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCDS, Rocha TAH, Silva NCD, Vissoci JRN & Facchini LA. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34: e00049817.
23. Flôres GMDS, Weigelt LD, Rezende MSD, Telles R & Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 2018; 42:237-247.