

Gabriel Mácola de Almeida<sup>1</sup>  
Amanda Menezes Medeiros<sup>1</sup>  
Dimitra Castelo Branco<sup>1</sup>  
Petra Blanco Lira Matos<sup>1</sup>  
Adalberto Lírio de Nazaré Lopes<sup>1</sup>  
Liliane Silva do Nascimento<sup>1</sup>

**Dental surgeons' profile and the monitoring of oral health indicators in counties belonging to the 1<sup>st</sup> health regional unit in Pará State, Brazil**

# **| O perfil dos cirurgiões-dentistas e o monitoramento de indicadores em saúde bucal dos municípios da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará**

**ABSTRACT | Introduction:**

*Knowing the profile of health professionals highlights the health reality of the territory, becoming a strategic tool to understand and assist in the work process and decision making. **Objective:** Analyzing dental surgeons' profile and the monitoring of oral health indicators in counties belonging to the 1<sup>st</sup> Regional Health Unit in Pará State. **Methods:** Cross-sectional study adopted to analyze microdata deriving from the external evaluation of the 2<sup>nd</sup> cycle of the National Program for Improving the Access to, and the Quality of, Primary Care. The total sample comprised 44 professionals working in oral health teams of the 1<sup>st</sup> Regional Health Unit in Pará State. Microdata were generated based on a Ministry of Health - validated instrument that was applied to dental surgeons from 2013 to 2014. Variables were grouped into four analysis categories, namely: professional qualification, professional performance, planning/monitoring and care provided to users. **Results:** 61.4% of the investigated dental surgeons had postgraduate degree, mainly in masters and residency fields that were not associated with the Family Health Strategy; 97.7% of them were hired through direct management processes. Only 45.5% of these professionals reported to monitor and analyze oral health indicators. More than half of the investigated professionals did not know whether they had record of suspected or confirmed oral cancer cases in the unit. **Conclusion:** Dental surgeons' profiles have evidenced professionals who were mainly qualified outside the primary health care field, whose contract modalities often weaken professional ties and lead to staff turnover. There was deficient monitoring of oral health indicators and of records of suspected / confirmed patients with oral cancer, a fact that reinforced the need of improving the origin and quality of data available in the health information system.*

**Keywords |** Oral health; Health Evaluation; Primary Health Care; Health Status Indicators.

**RESUMO | Introdução:** Conhecer o perfil dos profissionais de saúde evidencia a realidade de saúde do território, sendo ferramenta de caráter estratégico para entender e auxiliar o processo de trabalho e a tomada de decisões. **Objetivo:** Analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas dos municípios e o monitoramento de indicadores em saúde bucal da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará. **Métodos:** Através de estudo transversal, analisaram-se microdados da avaliação externa do 2<sup>o</sup> ciclo do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, totalizando amostra de 44 profissionais de equipes de saúde bucal da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará. Os microdados foram gerados a partir da aplicação de instrumento validado do Ministério da Saúde a cirurgiões-dentistas no período de 2013 a 2014. As variáveis foram agrupadas em quatro categorias de análise: formação profissional, atuação profissional, planejamento/monitoramento e atenção ao usuário. **Resultados:** Foi encontrado que 61,4% dos cirurgiões dentistas possuíam pós-graduação, sendo predominante na área de mestrado e residência não relacionados à estratégia de saúde da família. 97,7% foram contratados por meio de administração direta. Apenas 45,5% afirmam realizar o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal. Mais da metade dos profissionais revelaram não saber se possuem registro de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca na unidade. **Conclusão:** O perfil dos cirurgiões-dentistas foi de profissionais com capacitação predominantemente fora da atenção primária à saúde, com modalidades de contratos temporários que fragilizam vínculos e potencializam a rotatividade de profissionais. O monitoramento de indicadores de saúde bucal e o registro de pacientes suspeitos/confirmados de câncer de boca foi baixo, reforçando a necessidade de aprimoramento na origem e qualidade de dados para o sistema de informação em saúde.

**Palavras-chave |** Saúde Bucal; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Indicadores Básicos de Saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A implantação do Sistema Único de Saúde fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social para as práticas de serviço de saúde. O monitoramento e avaliação são focos de atenção para constituir método que permita reorganizar a produção do cuidado, melhorando a qualidade da atenção e desenvolvimento de processos decisórios<sup>1,2</sup>.

Na lógica de avaliar e monitorar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pactuado nas três esferas de gestão do SUS, busca produzir mudanças nos processos de trabalho e ampliar o acesso para garantir padrão de cuidados em saúde através do pagamento pela avaliação por desempenho<sup>3,4,5,6,7</sup>.

As equipes de saúde bucal passaram a fazer parte do planejamento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) a partir da portaria 267 de 06 de março de 2001, com vistas à reorientação do modelo de atenção primária, baseando-se na prevenção e promoção de saúde<sup>8-10</sup>.

Educação e atividades de atenção ao cuidado, condução de ações e serviços, participação social e trabalho em equipe são alguns exemplos das exigências do cirurgião-dentista (CD) como ator social no contexto de saúde pública na ESF. A estratégia demanda profissionais providos de olhar amplo em saúde e trabalho com foco na multi e interdisciplinaridade, compreendendo os princípios de coordenação e participação de ações coletivas direcionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças. Devem atender o usuário, famílias e comunidades de forma integral, intervindo com o objetivo de atender às necessidades vigentes por intermédio do desenvolvimento de planejamentos e avaliações das ações de saúde bucal e conduzir novas práticas<sup>11-13</sup>.

Assim, conhecer o perfil dos profissionais de odontologia dentro das equipes de saúde bucal é necessário na medida em que se busca evidenciar a efetivação dos objetivos e diretrizes propostos pelas políticas e programas de saúde pública, contribuindo para a tomada de decisões na assistência em saúde. Com base nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas dos municípios e o monitoramento de indicadores em saúde bucal da 1ª Regional de Saúde do Pará.

## MÉTODOS |

Este estudo é de natureza ecológica descritiva e utilizou dados secundários das unidades de atenção básica participantes ao 2º ciclo do PMAQ-AB da 1ª Regional de Saúde do Pará.

Com 1.247.955,238 km<sup>2</sup>, o estado do Pará é considerado o segundo maior estado do Brasil. A Secretaria de Saúde do Estado (SESPA) estabeleceu a divisão do estado do Pará em 13 Regionais de Saúde (RS). A 1ª RS, objeto de investigação deste estudo, inclui os municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará, com população estimada de 2.223.12 habitantes e cobertura de 27,31% em saúde bucal na Atenção Básica<sup>14,15</sup>.

No 2º ciclo do PMAQ-AB, foram 30.522 equipes de Atenção Básica (AB) contratualizadas em todo o território nacional. No estado do Pará, estiveram 793 equipes contratualizadas e, destas, 508 equipes eram de saúde bucal. Na 1ª RS do Pará, eram 144 equipes de AB, sendo 45 de saúde bucal. Como objeto de análise para este estudo, foram selecionadas apenas aquelas unidades que tinham o profissional de saúde bucal presente no momento da entrevista e, assim, a amostra do estudo englobou 44 unidades de saúde no total, que estavam contratualizadas ao PMAQ-AB nos municípios da 1ª RS do Pará e participaram da avaliação externa.

Os microdados, disponibilizados em domínio público pelo Ministério da Saúde (MS) através do portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), foram coletados no período de agosto a setembro de 2018. Esses microdados foram obtidos na fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB no seu 2º ciclo, realizado no período de 2013 a 2014. O instrumento de entrevista foi modelado e programado pelo próprio MS para o PMAQ-AB em forma de aplicativo (Software) padronizado em tablets. Todos os entrevistadores passaram por treinamento prévio para a realização das visitas e entrevistas às unidades de saúde participantes do programa.

O programa é composto por fases que formam ciclos contínuos. A 1ª fase é a adesão, onde são pactuados os compromissos entre as equipes, os gestores municipais e o MS. A 2ª fase se divide em quatro dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional) com o objetivo de atuar na mudança positiva e desenvolvimento da equipe e da gestão. Na 3ª fase, é realizada a avaliação externa para verificação

dos padrões de qualidade e acesso. São examinadas a infraestrutura das unidades e entrevista com usuários e profissionais do serviço. Na 4ª fase ocorre a certificação das equipes com base nos dados coletados, novos parâmetros e compromissos são pactuados e uma reconstrução é definida, instigando o desenvolvimento contínuo dos padrões e indicadores de qualidade<sup>5,16,17</sup>.

As variáveis para análise neste estudo foram os dados coletados no módulo VI do instrumento de entrevista, que corresponde às questões sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal (ESB).

Na organização do banco de dados, foi utilizado o Software Microsoft Excel 2018 para a organização dos resultados. As tabulações dos resultados incluíram frequência absoluta e relativa com tabelas separadas de acordo com as categorias do estudo.

As perguntas selecionadas das entrevistas foram divididas nas seguintes Categorias: Formação profissional; Atuação profissional; Planejamento e monitoramento; Atenção ao usuário.

Como critério de exclusão, ficaram de fora da pesquisa as unidades que não estavam com o CD presente para responder ao módulo VI no momento da avaliação externa e as outras unidades da 1ª RS Pará que não participaram do PMAQ-AB no ciclo em questão. Uma unidade de saúde com ESB ficou de fora da amostra por ter se recusado a participar da avaliação externa.

Este estudo segue os princípios da ética em pesquisa definidos pela resolução 466/2012, e, por utilizar-se de dados públicos disponíveis em bases de dados nacionais, dispensa o uso de TCLE e outros.

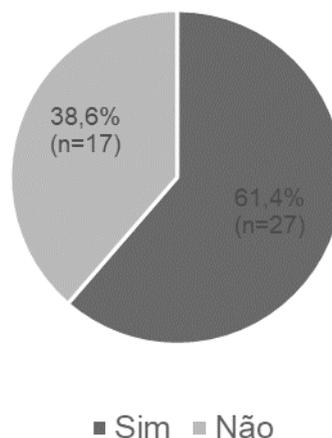
## RESULTADOS |

Dos 44 cirurgiões-dentistas entrevistados nas unidades de saúde contratualizadas, 27 (61,4%) possuíam ou estavam em curso de formação em pós-graduação, enquanto 17 (38,6%) não tinham nenhum tipo de pós-graduação (Gráfico 1).

No Pará, existe oferta para programas de pós-graduação nos níveis de residência, especialização, mestrado e

doutorado na área de saúde pública e da família, além de outras diversas especialidades que abrangem a odontologia.

Gráfico 1 – Distribuição dos cirurgiões dentistas da 1ª RS do Pará segundo formação em pós-graduação. Pará, Brasil. 2018



Fonte: DAB/MS. 2014

No grupo dos profissionais que possuem pós-graduação, observou-se um total de 62 cursos, dos quais 48 eram cursos concluídos e 14 em processo de conclusão. Houve uma predominância de 74,2% (n=46) em cursos em residências, especializações e mestrados não vinculados à saúde da família ou em saúde pública, e encontrou-se ausência de qualquer tipo de doutorado.

Na pós-graduação em saúde da família, a categoria de especialização nessa área é a mais observada, com 7 cursos (11,3%) sendo 5 concluídos e 2 em andamento seguido da residência e mestrado com 1 curso em andamento cada. Na pós-graduação em saúde pública, a especialização também é a categoria que predomina, com 5 cursos (8%), sendo 4 concluídos e 1 em andamento. A residência e o mestrado em saúde pública aparecem com 1 curso cada, ambos em andamento no momento da entrevista.

Dentro do aspecto de atuação, a maioria (54,5%) dos cirurgiões-dentistas atuavam na equipe por pelo menos 1 a 4 anos, 15 (34,1%) trabalhavam há pelo menos 5 a 8 anos e 5 (11,4%), 9 anos ou mais. Observou-se que nenhum CD trabalhava há menos de um ano. Os dados revelam que 43 dos 44 CDs (97,7%) das unidades de saúde com equipe de saúde bucal da 1ª RS Pará foram contratados por meio de administração direta, e apenas 7 profissionais (15,9%) possuíam plano de carreira (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição sobre o andamento e conclusão de curso de pós-graduação dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará, segundo título e área. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	Área de pós-graduação					
	Saúde da Família		Saúde Pública		Outros	
	N	%*	N	%*	N	%*
<b>Especialização</b>						
Concluído	5	8,1	4	6,4	15	24,2
Em curso	2	3,2	1	1,6	6	9,7
<b>Residência</b>						
Concluído	0	0	0	0	24	38,7
Em curso	1	1,6	1	1,6	0	0
<b>Mestrado</b>						
Concluído	0	0	0	0	0	0
Em curso	1	1,6	1	1,6	1	1,6
<b>Doutorado</b>						
Concluído	-	-	-	-	-	-
Em curso	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>14,5</b>	<b>7</b>	<b>11,2</b>	<b>46</b>	<b>74,2</b>

\*O percentual corresponde à soma da frequência relativa de todas as colunas. Fonte: DAB/MS. 2014.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis associadas à atuação dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
Menos de um ano	0	0
1 a 4 anos	24	54,5
5 a 8 anos	15	34,1
9 anos ou mais	5	11,4
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
<b>Agente contratante</b>		
Administração direta	43	97,7
Outros	1	2,3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
<b>Possui plano de carreira?</b>		
Sim	7	15,9
Não	29	65,9
Não sabe/Não respondeu	8	18,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

Na categoria de planejamento e monitoramento, foi encontrada uma frequência relativa de 45,5% (n=20) de entrevistados que afirmam realizar o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal. 93,2% (n=41) das equipes consideraram a construção de uma agenda de trabalho, e 66% (n=29) realizavam o compartilhamento da agenda da equipe de saúde bucal com outros profissionais da equipe de saúde da família (eSF). Além disso, observou-se que, no processo de planejamento e programação de ações mensais, 29 dos CDs (65,9%) revelaram que realizam com outras equipes de atenção básica, enquanto 7 (15,9%) realizam somente com a equipe de saúde bucal, e 8 (18,2%) apontaram que não fazem o planejamento de ações mensalmente (Tabela 3).

Por meio da Tabela 4 é possível visualizar as variáveis da categoria de atenção ao usuário. Os resultados apontam que 24 (54,5%) revelaram não saber ou não responderam sobre possuir registro de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, e 12 (27,3%) revelaram que não possuem ou acompanham esses registros embora 88,6% (n=39) das equipes do estudo realizem visita domiciliar e 93,2% (n=41), atividades em escolas ou creches. Em relação à frequência com que os profissionais da equipe de saúde bucal entram em contato com outros especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados,

Tabela 3 – Distribuição das variáveis associadas à dimensão de planejamento e monitoramento dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Realiza monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde bucal?</b>		
Sim	20	45,5
Não	24	54,5
Total	44	100
<b>Realiza construção de agenda de trabalho?</b>		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Total	44	100
<b>Realiza compartilhamento de agenda da ESB com outros profissionais da eSF?</b>		
Sim	29	66,0
Não	15	34,0
Total	44	100
<b>Realiza planejamento e programação de ações mensalmente?</b>		
Somente ESB	7	15,9
Com outras equipes de AB	29	65,9
Não	8	18,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

destaca-se que 10 (45,5%) não o fazem, enquanto 7 (15,9%) sempre entram em contato e 17 (38,6%), algumas vezes.

## DISCUSSÃO |

A utilização do PMAQ-AB como ferramenta em pesquisas parte do seu próprio princípio como programa de saúde, que busca avaliar a qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com base nos objetivos e diretrizes das políticas públicas nacionais, gerando subsídios para nortear a reorganização dos processos de trabalho na atenção primária à saúde.

Na primeira categoria, percebe-se a formação profissional em significativa parcela dos CDs que trabalham nas unidades básicas de saúde, contudo a formação não se alinha às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Isso em razão de a ênfase dos profissionais dos municípios da 1ª RS do Pará na escolha dos cursos de

Tabela 4 – Distribuição das variáveis associadas à dimensão de atenção ao usuário dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Possui registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?</b>		
Sim	8	18,2
Não	12	27,3
Não sabe/Não respondeu	24	54,5
Total	44	100
<b>Realiza visita domiciliar?</b>		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
Total	44	100
<b>Realiza atividades na escola/creche?</b>		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Total	44	100
<b>Frequência com que os profissionais da ESB entram em contato com especialistas para trocar informações sobre pacientes encaminhados</b>		
Sempre	7	15,9
Sim, algumas vezes	17	38,6
Não	20	45,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

pós-graduação não ser voltada à ESF, fato que parece estar correlacionado aos indicadores e processo de trabalho no território.

Pesquisa realizada em Fortaleza (CE) em 2015 avaliou 137 CDs e encontrou que 133 já haviam realizado pós-graduação, dos quais 82 (59,8%) eram voltados para a área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Destaca-se que este estado possui melhores indicadores e uma história na construção de pilares na atenção primária à saúde<sup>18</sup>.

Nessa perspectiva, a ampliação do conhecimento individual impacta diretamente no processo de trabalho coletivo através do enriquecimento dos núcleos de competência do profissional que são somados à capacidade de cuidado de toda a equipe, contribuindo para o constante desenvolvimento das ações de cuidado em saúde na ESF, instigando a participação do CD como ator social no

âmbito da saúde e demandando expansão e transformação permanente da visão em serviços, gerando profissionais capacitados para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas no cotidiano<sup>10-12,19</sup>.

Além do estímulo da PNSB no cenário de aperfeiçoamento e desenvolvimento técnico profissional<sup>11</sup>, observa-se também aqueles profissionais que possuem vínculos públicos parciais atuando conjuntamente em consultórios ou outras empresas privadas de serviços odontológicos. Concomitantemente, estudos observam tendência do CD ao trabalho em consultório<sup>18</sup>. Esses fatores parecem estar correlacionados no sentido de gerar interesse nos profissionais em realizar cursos de pós-graduação focados em residências e especialização não direcionados à ESF. Nessa visão, o trabalho no serviço público parece funcionar como porta de entrada para o serviço privado.

Levando em consideração as variáveis da categoria de atuação, discute-se o conceito da rotatividade profissional: Esse termo se refere ao processo de desligamento e saída de componentes da força de trabalho em determinada instituição deixando uma lacuna para a entrada de novos servidores, ocorrendo principalmente por conta de insatisfação do trabalhador decorrente da flexibilização contratual do mercado e precarização do trabalho, consequentemente determinando a limitação do vínculo empregatício<sup>20</sup>.

No contexto dos serviços de saúde, o vínculo do profissional com os usuários é de caráter fundamental para a continuidade das ações de saúde e manutenção do cuidado. Diante disso, a presença de grande maioria de CDs atuando por pouco tempo nas unidades, como encontrado neste estudo, refletem o processo de rotação profissional, influenciando negativamente nos sistemas de trabalho visto que a quebra de vínculo dos membros da equipe entre si prejudica o funcionamento dos serviços, além do rompimento da corresponsabilização em saúde construída ao longo do tempo com o usuário<sup>12,19,21</sup>.

Ainda nessa perspectiva, um estudo<sup>22</sup> realizado por Ney e Rodrigues em um município do Rio de Janeiro revela que a ausência de plano de carreira é diretamente ligada à desmotivação do empregado devido às precárias condições de trabalho na unidade ou baixo salário, colaborando também no processo de rotatividade desses profissionais. Nesse cenário, lançar mão de ferramentas como o Plano

de Cargos, Carreiras e Salários torna-se útil para promover estímulo de crescimento profissional.

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários é um instrumento de gerenciamento que auxilia na motivação e orientação do desenvolvimento do empregado através do direcionamento das ações de gestão para definir critérios de organização dos cargos, funções, mapa de carreira e benefícios. Dessa forma, o plano oferece uma perspectiva de trajetória e crescimento que será traçada pelo trabalhador em seu vínculo empregatício<sup>23</sup>.

No que se refere às modalidades de vínculo trabalhista, os profissionais dos municípios da 1ª RS do Pará foram quase por unanimidade vinculados por meio de administração direta, ou seja, diretamente à administração pública. Um estudo<sup>16</sup> que analisou essa mesma variável, comparando-a ao porte populacional dos municípios brasileiros, discorre que os municípios de menor porte populacional tiveram maior percentual de contratações por administração direta.

Segundo Seidl<sup>16</sup>, existe uma tendência ao processo de flexibilização e terceirização do trabalho. Esse fato também tem valor contribuinte no processo de rotatividade profissional discutido anteriormente. Apesar disso, só a análise das formas de ingresso por administração direta não é suficiente para determinar o curso desse processo, visto que esse tipo de contrato não garante as formas mais protegidas de vínculo.

Tendo em vista os aspectos de planejamento e monitoramento, discute-se o baixo percentual de profissionais entrevistados que afirmaram realizar monitoramento e análise dos indicadores de saúde bucal. O princípio da equidade inserido nas diretrizes básicas do SUS almeja trazer maior impacto na saúde do país, tão marcado por desigualdades socioeconômicas<sup>24</sup>. Nesse sentido, os indicadores de saúde bucal exercem grande importância no que diz respeito à avaliação desses impactos na população e na saúde no contexto das políticas públicas em vigor voltadas para a saúde bucal no Brasil. Portanto, trata-se de um importante e fundamental instrumento para avaliação, contribuição e auxílio de gestores e pesquisadores no planejamento de ações e serviços de saúde<sup>25</sup>, devendo ser imperativo o seu acompanhamento conforme exposto nas diretrizes da ESF.

No tocante à realização de planejamento e programação de ações, a Política Nacional de Atenção Básica considera como característica essencial das equipes de atenção básica a participação do profissional no planejamento local de saúde, além do monitoramento e avaliação das ações da equipe, unidade e município, com o objetivo de readequar o processo de trabalho conforme as necessidades da realidade da região. Além disso, é necessário desenvolver o estímulo desses planejamentos com a participação de todas as equipes da AB, visando ao trabalho multi e interdisciplinar para integrar o saber técnico e científico de profissionais de diferentes formações<sup>19</sup>.

A construção de uma agenda de trabalho e o compartilhamento desta com outros profissionais da equipe de saúde fortalece o trabalho multiprofissional e se traduz na preocupação e organização do processo de trabalho e na incorporação de outros atores sociais no cuidado. Nesse raciocínio, a utilização dessas ferramentas de gestão faz-se necessária para garantir a efetividade e integralidade das atividades de atenção à saúde<sup>11,26</sup>.

A falta ou insciência do registro de casos suspeitos e/ou confirmados de câncer de boca encontrados na análise dos entrevistados neste estudo pode representar uma grande deficiência na integridade do cuidado. De acordo com o instituto nacional de câncer<sup>27</sup>, a incidência de câncer de boca é um problema de saúde pública no mundo.

A PNSB ratifica que compete aos integrantes da atenção básica a responsabilidade de realizar a prevenção e o controle de câncer bucal através de exames preventivos de detecção, o acompanhamento de casos suspeitos/confirmados e ainda, se necessário, definir um serviço de referência para garantir o tratamento e reabilitação do usuário<sup>11</sup>.

O desenvolvimento noturno do câncer quase sempre implica o atraso para o diagnóstico, e esse fator está diretamente relacionado com a complexidade e a quão avançada a lesão se depara. Apesar do constante aperfeiçoamento tecnológico no âmbito de diagnóstico e tratamento de lesões cancerígenas/carcinogênicas, ainda se encontra em diligência a melhora nos índices epidemiológicos do câncer de boca. Portanto, é de todos os profissionais de saúde a responsabilidade de acompanhar e registrar os usuários aos outros níveis de assistência, incluindo o contato com outros especialistas para trocar informações sobre os pacientes

encaminhados e a gestão do projeto terapêutico para garantir o vínculo desses usuários com a atenção básica.<sup>5,28</sup>

A grande maioria das equipes observadas neste estudo realizam visita domiciliar e atividades escolares ou em creche. De-Carli<sup>29</sup> discorre sobre a importância e a contribuição dessas práticas dos profissionais das ESBs, que representam relevância nacional na formulação de políticas indutoras de mudanças no modelo de atenção e consequentemente na ampliação do acesso e da qualidade de atenção à saúde de forma integralizada e universal. Ademais, é de responsabilidade da equipe de saúde bucal a ampliação do acesso aos usuários e famílias que não têm condições de deslocamento até as unidades de saúde<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO |

O perfil dos profissionais da 1ª RS do Pará é de dentistas preocupados com a procura de maior desenvolvimento técnico, engajados no processo de complementação à sua formação predominantemente nas categorias de especialização e residência. Esses CDs ingressam no serviço por meio da administração direta e possuem poucos anos de atuação na equipe, porém atuam com foco multiprofissional e participam de atividades fora da unidade. Nota-se carência no que tange aos deveres de monitoramento de indicadores de saúde bucal e o registro dos casos de câncer de boca.

Conclui-se que existe a necessidade de aperfeiçoamento e atuação dos profissionais de saúde bucal no escopo do monitoramento e acompanhamento de forma integrativa à gestão para o contínuo crescimento dos indicadores de atenção em saúde e a superação de desafios inerentes a esse processo, tendo por finalidade a contemplação dos objetivos propostos pelas políticas e estratégias do cuidado à população.

É pertinente ressaltar a importância do processo avaliativo dentro do processo de trabalho das equipes da ESF para a verificação dos esforços na qualidade da atenção na comunidade, seja na prestação de serviços odontológicos, seja na saúde em geral.

## FINANCIAMENTO |

Bolsa de pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde/Brasil.

## REFERÊNCIAS |

1. Andrade RTS, Santos AM, Oliveira MC. Programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2016; 40(1):123-46.
2. Lorena Sobrinho EJ, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):136-46.
3. Vieira AST, Miranda MSL, Emmi DT, Pinheiro HHC, Barroso RFF, Araújo MVA. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(3):58-64.
4. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38(spe):140-57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual\\_instrutivo\\_PMAQ\\_AB2013.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf).
6. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *Journal of Ambulatory Care Manage*. 2017; 40(Suppl. 2):60-70.
7. Souza MF, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Jorge AO, Machado ATGM, et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(87).
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º. 267, de 06 de março de 2001. Inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica. *Diário Oficial da União* 07 mar 2001; Seção 1.
9. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(3):545-50.
10. Maciel JAC, Vasconcelos MIO, Silva ILC, Eloia SMC, Farias MR. Educação permanente em saúde para o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Revista APS*. 2017; 20(3):414-22.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 05 jan 2019]. Disponível em: URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).
12. Manassero FB, Bavaresco CS. Inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: revisão de literatura. *Revista APS*. 2016; 19(2):286-91.
13. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):373-82.
14. e-Gestor: informação e gestão da atenção básica [Internet]. Cobertura de saúde bucal: região metropolitana I (março 2019) [acesso em 11 abr 2019]. Disponível em: URL: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
15. Secretaria Estadual de Saúde do Pará [Internet]. Regionais de saúde [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em: URL: <http://www.saude.pa.gov.br/institucional/centros-regionais-de-saude>.
16. Seidl HMF, 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*. 2014; 38(spe):94-108.

17. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018; 42(116):237-47.
18. Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):147-58.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
20. Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *Rev Adm Saúde*. 2010; 12(47):87-99.
21. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF*. 2018; 23(2):180-5.
22. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012; 22(4):1293-311.
23. Brasil. Conselho Federal de Engenharia e Agronomia. Plano de Cargos, Carreiras e Salários [Internet]. Brasília: CONFEA; 2012 [acesso em 7 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://transparencia.confea.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Plano-de-Cargos-Carreiras-Sal%C3%A1rios-Confea.pdf>.
24. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(2):e00021115.
25. Araújo IDT, Machado FCA. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência Plural*. 2018; 4(2):73-86.
26. Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. *Revista Ciência Plural*. 2016; 2(1):42-55.
27. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2018 [acesso em 10 nov 2018]. Disponível em: URL: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa- incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>.
28. Silva BS, Corrêa GTB, Oliveira KB, Simões AMR, Pereira LC. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública sobre câncer bucal: revisão de literatura. *Revista Multiprofissional e de Psicologia*. 2018; 12(42):1018-26.
29. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):441-50.

*Correspondência para/Reprint request:*

**Gabriel Mácola de Almeida**

*Travessa 9 de Janeiro, 2332, apt. 1401,*

*Cremação, Belém/PA, Brasil*

*CEP: 66060-585*

*E-mail: gabrielalmeida1401@hotmail.com*

Recebido em: 04/06/2019

Aceito em: 13/04/2020