

GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO CARBONÍFERA: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO CARBONÍFERA: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

GESTIÓN DE LA SALUD BUCAL EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA REGIÓN CARBONÍFERA: DESAFÍOS PARA LA INTEGRALIDAD DEL CUIDADO

RESUMO: A gestão é de suma importância para a organização e direcionamento dos serviços odontológicos oferecidos à população e para o fortalecimento da rede. Este trabalho busca analisar a estrutura organizacional da gestão em Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde nos municípios da região carbonífera, localizada no sul catarinense e denominada de AMREC. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo cuja amostra foi censitária constituída de 12 gestores de saúde bucal dos municípios da AMREC, no período de novembro de 2016 a março de 2017. A coleta de dados foi por meio eletrônico (via web), de um questionário semiestruturado, elaborado por meio da ferramenta Formulário do Google Drive. Dos gestores participantes 41,7% têm idades entre 36 e 45 anos, 83,33% deles compartilham as tomadas de decisões com os profissionais da equipe. A porcentagem da amostra que relatou ter um sistema de gestão estratégica foi de 58,33%, sendo que para 75% não foram verificadas as necessidades odontológicas da população, e 66,67% afirmou não realizar reuniões ou rodas de conversa da gestão de saúde bucal com a comunidade. A maior dificuldade encontrada pelos participantes é a financeira em 50% dos casos. A análise da gestão em saúde bucal na rede de atenção à saúde, da região carbonífera, demonstrou ter uma grande capacidade organizacional e de gestão, porém é necessário que se amplie e aprimore a gestão participativa e de controle social, pois ouvindo as reais necessidades da população, fortalecerá e qualificará toda a rede de atenção em saúde bucal pertencente ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, serviços de saúde bucal, assistência odontológica integral.

Ana Claudia Rodrigues Candido

Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde. Laboratório de Biomedicina Translacional. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. anaclaudiarodrigues@unesc.net

Rafael Amaral Oliveira

Doutor em Desenvolvimento Socioeconômico. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. rafaelamaraloliveira@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. luk@unesc.net

SUBMISSÃO: 26/02/2026

ACEITE: 01/06/2026

Licença CC BY:
Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.



ABSTRACT: Management plays a crucial role in organizing and guiding the dental services provided to the population, as well as in strengthening the healthcare network. This study aims to analyze the organizational structure of oral health management within the Healthcare Network of the municipalities in the coal-mining region of southern Santa Catarina, known as AMREC. This is a cross-sectional, quantitative, and descriptive study, with a census sample composed of 12 oral health managers from AMREC municipalities, conducted between November 2016 and March 2017. Data collection was carried out electronically (via web) using a semi-structured questionnaire developed through the “forms” tool of Google Drive. Among the participating managers, 41.7% were between 36 and 45 years old, and 83.33% reported sharing decision-making processes with their team members. Additionally, 58.33% reported having a strategic management system; for 75%, the dental needs of the population had not been assessed; and 66.67% stated that they did not conduct meetings or discussion circles between oral health management and the community. The main difficulty identified by participants was financial constraints, reported by 50% of them. The analysis of oral health management within the healthcare network of the coal-mining region revealed substantial organizational and managerial capacity. However, it is necessary to expand and strengthen participatory management and social oversight, as listening to the population’s actual needs will contribute to improving and reinforcing the entire oral healthcare network within Brazil’s Unified Health System.

KEYWORDS: Unified Health System, dental health services, comprehensive dental care.

RESUMEN: La gestión es fundamental para la organización y el direccionamiento de los servicios odontológicos ofrecidos a la población, así como para el fortalecimiento de la red. Este estudio tiene como objetivo analizar la estructura organizacional de la gestión en Salud Bucal en la Red de Atención a la Salud de los municipios de la región carbonífera del sur de Santa Catarina, conocida como AMREC. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, cuya muestra fue censitaria y estuvo compuesta por 12 gestores de salud bucal de los municipios de la AMREC, en el período comprendido entre noviembre de 2016 y marzo de 2017. La recolección de datos se realizó por vía electrónica (web), mediante un cuestionario semiestructurado elaborado con la herramienta “formulario” de Google Drive. Entre los gestores participantes, el 41,7% tenía entre 36 y 45 años; el 83,33% afirmó compartir con los profesionales del equipo los procesos de toma de decisiones. Un 58,33% reportó contar con un sistema de gestión estratégica; para el 75% no se habían identificado las necesidades odontológicas de la población; y el 66,67% declaró no realizar reuniones o espacios de diálogo entre la gestión de salud bucal y la comunidad. La mayor dificultad señalada por los participantes fue la financiera, presente en el 50% de los casos. El análisis de la gestión en salud bucal en la red de atención a la salud de la región carbonífera evidenció una considerable capacidad organizacional y de gestión. No obstante, se hace necesario ampliar y mejorar la gestión participativa y el control social, puesto que escuchar las necesidades reales de la población contribuirá al fortalecimiento y a la calificación de toda la red de atención en salud bucal del Sistema Único de Salud de Brasil.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud, servicios de salud dental, atención odontológica integral.

INTRODUÇÃO

A busca pela integralidade do cuidado e pela qualidade na atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) são os objetivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária (AP) é a ordenadora e coordenadora da rede, ou seja, ela é a porta pela qual o cidadão entra no Sistema e tem seus problemas mais comuns solucionados (Brasil, 2010).

Por muito tempo a Odontologia trabalhou de maneira fragmentada, individualizada e distanciada do que almeja a RAS. O rompimento desse isolamento se deu em função das ações regionalizadas que promoveu a união e integração da Odontologia à rede (Mello et al., 2014). Assim, ela se inseriu nos diferentes níveis de atenção à saúde, e contribuiu com a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), assunto este pouco abordado pela literatura vigente (Godoi; Mello; Caetano, 2014).

Alguns entraves dificultam a estabilização e afetam diretamente o desenvolvimento e o fortalecimento das redes, onde se destaca o pouco financiamento público, a complexidade de integração entre os serviços à APS, a regulação pública e a gestão propriamente dita (Silva, 2011).

A gestão é de suma importância para a organização e direcionamentos dos serviços odontológicos oferecidos à população e a qualificação da rede. Verifica-se a necessidade de um planejamento de ações, considerando as reais necessidades da população, com base na análise de critérios epidemiológicos e sociais, possibilitando a resolutividade dos problemas existentes. A qualidade e agilidade da logística e governança são essenciais para propiciarem a relação entre os pontos de atenção e os serviços que contribuem para o adequado funcionamento da rede, promovendo, assim, a ligação com a gestão em saúde bucal (Godoi; Mello; Caetano, 2014).

Grande parte dos municípios brasileiros possui gestores de saúde realizando a função de gestores de saúde bucal, porém nos municípios onde os cirurgiões-dentistas estão à frente do cargo, eles não possuem formação específica na área de gestão, desconhecendo a prática do planejamento, execução e monitoramento de ações de saúde bucal, motivos que contribuem para a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Brasil, 2015).

Verificam-se poucos materiais de cunho orientador e elucidativo para os gestores planejarem, direcionarem e realizarem seu trabalho, pautados dentro das necessidades dos municípios, facilitando a organização e o correto andamento dos serviços de Odontologia e a resolução dos problemas demandados pelos profissionais e usuários (Brasil, 2010).

De acordo com o que foi supracitado objetivou-se analisar como está organizada, planejada e estruturada a gestão em saúde bucal da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), inserida na Rede de Atenção à Saúde, no sul do estado de Santa Catarina.

MÉTODOS

O presente estudo foi um subprojeto de abordagem quantitativa, prospectivo, transversal, e descritivo, de um projeto maior intitulado "ANÁLISE DA GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA REGIÃO MACRO SUL CATARINENSE", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer de nº 1.795.236/2016.

Ele foi desenvolvido nos municípios pertencentes à Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) denominados de Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga. O estudo foi realizado no período de novembro de 2016 até março de 2017.

A amostra foi censitária constituída de 12 gestores de saúde bucal dos municípios da AMREC, que atenderam aos critérios de inclusão do estudo como: aceitar participar da pesquisa, ser gestor de saúde bucal e/ou coordenador de saúde bucal dos 12 municípios da AMREC, independente da categoria profissional, e encontrar-se na gestão, no mínimo, há três meses. Os critérios de exclusão foram: o município que não possuía nenhum profissional da saúde responsável pela gestão de saúde bucal.

A estrutura organizacional da gestão em Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde foi a variável dependente no estudo, as independentes foram: o perfil profissional dos gestores em saúde bucal, conhecimento sobre suas atribuições, ações de promoção e prevenção que são desenvolvidas pelo município, grupos terapêuticos com a participação dos profissionais da Odontologia, método de agendamento adotado pelo município, como é realizado o sistema de referência e contrarreferência e as dificuldades encontradas pelos gestores em saúde bucal.

A coleta de dados foi realizada por meio eletrônico (via web), de um questionário semiestruturado, adaptado para esta pesquisa, enfatizando a análise da gestão em saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde. Para disponibilizar o questionário online aos participantes foi utilizada a ferramenta Formulário do Google Drive, programa este que permite o armazenamento online de informações.

A obtenção dos endereços eletrônicos dos gestores foi feita por intermédio da 20ª Gerência Regional de Saúde de Criciúma. Após a obtenção de todos os contatos, foi criado um banco de cadastro dos participantes, no qual, em seguida, eles receberam uma carta-convite pelo email. Posteriormente, também por email, foram enviadas as instruções para responderem o questionário, seguidos de um link, que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que, ao final, teriam que selecionar a opção que era "aceito participar", seguindo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Na sequência, depois de aceito, o link direcionava para o questionário contendo 35 perguntas, relacionadas aos objetivos do estudo, de múltipla escolha e que exigiam a digitação de texto. Ao término do preenchimento e a submissão do formulário, o participante verificava a mensagem: "Obrigada pela participação". O pesquisador recebia, em tempo real, as respostas dos participantes em seu email cadastrado especificamente para o estudo.

A construção do banco de dados se deu de maneira automática em planilha do Excel, à medida que os gestores respondiam os questionários. Após o recebimento dos questionários, o banco de dados foi, então, exportado para dentro da própria plataforma de Excel, o que permitiu o cálculo das frequências absolutas e relativas dos dados coletados e, assim, foi realizada a análise estatística descritiva.

Foi, então, construído o protótipo de um guia norteador para os gestores em saúde bucal, voltado para as necessidades apontadas pelos participantes desta pesquisa, verificados diariamente na realização das ações e direcionamentos dentro da rede.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com os 12 gestores (100%) da saúde bucal dos municípios pertencentes à região carbonífera (AMREC) no sul de Santa Catarina. Os gestores responderam a um questionário semiestruturado online contendo 35 perguntas.

A tabela 1 apresenta o perfil dos gestores da região estudada e mostra que 41,7% (n=5) dos gestores têm idades entre 36 e 45 anos, e a maioria 83,33% (n=10) se declarou do gênero feminino. A formação dos gestores é de 83,33% (n=10) em Odontologia, sendo que metade deles (n=6) está formado de 11 a 20 anos e 58,33% (n=7) possui especialização concluída. A especialização em Saúde Coletiva é uma realidade para 58,33% (n=7) dos gestores. Para 41,67% (n=5), o vínculo empregatício é estatutário, sendo que 83,33% (n=10) tem experiência de mais de quatro anos no serviço público.

Tabela 1 – Perfil profissional dos gestores da saúde bucal da região da AMREC

Variável	n (%)
Idade	
20 a 25 anos	1 (8%)
26 a 35 anos	4 (33,3)
36 a 45 anos	5 (41,7)
46 a 55 anos	1 (8,3)
Acima de 55 anos	1 (8,3)
Gênero	
Feminino	10 (83,33)
Masculino	2 (11,67)
Formação é em Odontologia	
Sim	10 (83,33)
Não	2 (11,67)
Há quanto tempo está formado	
Menos de 5 anos	1 (8,3)
6 a 10 anos	2 (16,7)
11 a 20 anos	6 (50,0)
21 a 30 anos	2 (16,7)
Mais de 31 anos	1 (8,3)
Pós-graduação	
Especialização concluída	7 (58,33)
Mestrado concluído	2 (16,67)
Não possui	3 (25,00)
Tempo de atuação no serviço público	
1 a 4 anos	2 (16,67)
Mais de 4 anos	10 (83,33)
Tipo de vínculo empregatício	
Comissionado	1 (8,33)
Concursado	1 (8,33)
Contrato temporário	4 (33,33)
Estatutário	5 (41,67)
Celetista	1 (8,33)

Fonte: dados da pesquisa (2017).

A segunda tabela foi elaborada com o intuito de verificar o conhecimento dos gestores quanto às suas atribuições, capacidade de planejamento, monitoramento, experiência no serviço público e acolhimento dos pacientes.

Tabela 2 – Conhecimento dos gestores sobre as suas atribuições na Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Variável	n (%)
Há quanto tempo está exercendo o atual cargo?	
Até 3 meses	1 (8,33)
De 7 meses a 11 meses	1 (8,33)
De 1 a 4 anos	9 (75,0)
Mais de 4 anos	1 (8,33)
Você tem experiência em gestão de saúde?	
Não	3 (25,0)
Não sei avaliar	4 (33,33)
Sim	5 (41,67)
Na hora de tomar decisões que afetam o coletivo, as decisões são centralizadas ou compartilhadas com os trabalhadores do serviço odontológico?	
Não, são compartilhadas com os profissionais	10 (83,33)
Sim, são centralizadas	2 (16,67)
Você conhece a Política Nacional de Saúde Bucal?	
Sim	12 (100)
Não	0
No último ano, ocorreu alguma pesquisa epidemiológica em seu município?	
Sim	9 (75,00)
Não	3 (25,00)
Nos últimos anos, o município fez CPO-D em alguma faixa etária específica?	
Sim	10 (83,33)
Não	2 (16,67)
Nos últimos anos, ocorreu algum tipo de pesquisa para avaliar as necessidades odontológicas específicas da população?	
Sim	3 (25,00)
Não	9 (75,00)
Existem reuniões com os trabalhadores da área odontológica no serviço básico de saúde?	
Sim	12 (100)
Não	0
Qual a frequência de reuniões com os trabalhadores da área odontológica no serviço básico de saúde?	
Mensal	6 (50,00)
Quinzenal	3 (25,00)
Semestral	3 (25,00)
Existem reuniões/rodas de conversa da gestão de saúde bucal junto à comunidade?	
Sim	2 (16,67)
Não	8 (66,67)
Não sei avaliar	2 (16,67)
É realizado acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal ofertados pelo município?	
Sim	9 (75,00)
Não	1 (8,33)
Não sei avaliar	2 (16,67)
Há um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?	
Sim	7 (58,33)
Não	3 (25,00)
Não sei avaliar	2 (16,67)

Fonte: dados da pesquisa (2017).

Analisando os questionários aplicados, verificou-se que 75% dos gestores estão no cargo entre o período de um a quatro anos e que 41,67% (n=5) declarou ter experiência em gestão de saúde.

Quando questionados sobre a tomada de decisões, percebeu-se que 83,33% (n=10) dos gestores compartilham com os profissionais da equipe as tomadas de decisões, ou seja, de maneira descentralizada, além disso, todos declararam conhecer a Política Nacional de Saúde Bucal e 58,33% (n=7) relatou ter um sistema de gestão estratégica.

Com relação a pesquisas epidemiológicas realizadas no município nos últimos anos, contactou-se que 75% (n=9) afirmam ter realizado algum tipo de pesquisa. Os que realizaram o levantamento epidemiológico da doença cárie, por meio do índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), nos últimos anos foram 83,33% (n=10), porém para 75% (n=9) não foi realizada nenhuma pesquisa para verificar outras necessidades odontológicas da população.

Quando perguntados sobre reuniões ou rodas de conversa da gestão de saúde bucal junto à comunidade, 66,67% (n=8) afirmaram não realizar, e 16,67% (n=2) não soube avaliar.

A maioria dos municípios relata fazer o acolhimento dos seus pacientes (75%; n=9), além disso, 41,66% (n=5) dos gestores afirma realizar a escuta dos pacientes.

Na tabela 3 são expostos os resultados de variáveis como: grupos terapêuticos, agendamento de consultas, dificuldades dos gestores, números de atendimentos, atividades educativas realizadas, dentre outras variáveis referentes ao modelo de gestão adotado em cada município da AMREC.

Tabela 3 - Identificação das ações de promoção e prevenção, os grupos terapêuticos, o sistema de referência e contrarreferência, o método de agendamento e as maiores dificuldades encontradas pelos gestores dos municípios da AMREC

Variável	n (%)
São realizados grupos terapêuticos para a comunidade com a participação dos profissionais da odontologia em seu município?	
Sim	8 (66,67)
Não	4 (33,33)
As gerências dos pontos de atenção à saúde (da APS, do CEO, da Unidade Odontológica Hospitalar) e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da rede de atenção em saúde bucal?	
Sim	7 (58,33)
Não	3 (25,00)
Não sei avaliar	2 (16,67)
Sobre o agendamento, existe algum tipo de demanda preferencial (gestantes, idosos, crianças)?	
Sim	9 (75,00)
Não	3 (25,00)
Qual a sua maior dificuldade em realizar a gestão da saúde bucal?	
Financeira	6 (50,00)
Integração da ESB com ESF	3 (25,00)
Encaminhamento para especialidades	1 (8,33)
Apoio da gestão	1 (8,33)
Não possuir gestor em saúde bucal	1 (8,33)
Quantos atendimentos odontológicos básicos, em média, são realizados por mês, em todo o seu município?	
0 a 500 atendimentos/mês	3 (25,00)
501 a 1000 atendimentos/mês	2 (16,70)
1001 a 1500 atendimentos/mês	1 (8,33)
1501 a 2000 atendimentos/mês	2 (16,70)
Mais de 2001 atendimentos/mês	4 (33,30)
Quais atividades na área de saúde bucal são feitas junto à comunidade ou voltadas à comunidade?	
Palestras e entregas de kits de higiene oral	2 (16,70)
Grupos terapêuticos	1 (8,33)
Campanhas para a comunidade e visitas domiciliares	3 (25,00)
Todas as anteriores em conjunto	6 (50,00)
Quais ações de promoção e prevenção de saúde bucal são realizadas pela saúde do município?	
Educação em Saúde	1 (8,33)
Atividade preventiva	2 (16,70)
Educação em Saúde e atividade preventiva	9 (75,00)

Fonte: dados da pesquisa (2017).

Constatou-se que 66,67% (n=8) dos municípios realiza algum tipo de grupo terapêutico com a inserção dos profissionais da Odontologia, 58,33% (n=7) dos municípios relataram ter grupos terapêuticos de tabagistas e gestantes (tabela 3).

Na análise do agendamento, 75% (n=9) dos municípios adota a demanda preferencial para idosos, gestantes e crianças. São realizados mais de 2.001 atendimentos por mês em 33,3% (n=4) dos municípios. As ações de educação em saúde e atividade preventiva são efetuadas em 75% (n=9) dos municípios.

Sobre licitações para aquisição de novos materiais, equipamentos e serviços odontológicos, 91,67% (n=11) afirma realizar e 66,67% (n=8) dos gestores de saúde bucal afirmam participar diretamente da licitação, além disso, o procedimento para aquisição de novos recursos financeiros é realizado diretamente com o Secretário de Saúde em 25% (n=3) dos municípios pesquisados.

A maior dificuldade encontrada pelos gestores de saúde bucal dos municípios da AMREC é a financeira em 50% (n=6) seguida da integração entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia Saúde da Família (ESF) em 25% (n=3) dos casos.

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi analisar a estrutura organizacional da gestão em Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde nos 12 municípios pertencentes à região carbonífera localizada no sul do estado de Santa Catarina e denominada de AMREC.

No presente estudo, foi verificado que a idade dos entrevistados, em 41,7%, fica entre 36 e 45 anos, e 83,33% é do gênero feminino, diferente do estudo realizado em Florianópolis, com Odontólogos, onde a maioria tinha mais de 45 anos. No mesmo estudo, os entrevistados possuíam a média geral de tempo de formado de 21 anos, atuavam no serviço público há 18 anos e 78% alega não possuir pós-graduação, enquanto neste estudo 50% estão formados de 11 a 20 anos, 83,33% atuou a mais de quatro anos no serviço público, além de que 53,33% possuem especialização concluída e 16,67% mestrado concluído (Lamas et al., 2009).

Corroborando com o estudo de Florianópolis que apontou que 73% não realizam pesquisas para avaliar as necessidades Odontológicas específicas da população e 82% não conversa com a comunidade para saber sua real necessidade, o presente estudo constatou que 75% não faz pesquisa para avaliar as necessidades odontológicas e 66% não realiza as rodas de conversa para saber das necessidades e vontades da população. A participação popular é de grande importância, pois confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas do povo e ampliação das perspectivas das ações e serviços de saúde, na busca pelo enfrentamento de iniquidades, percebendo a saúde como decorrente dos determinantes sociais, nos quais a vida da população se estabelece. Ela está diretamente ligada à democracia das políticas públicas, da consciência política e cidadã e da busca por uma gestão estratégica e participativa nas políticas de saúde (Brasil, 2009). Os estudos divergem quando se trata de pesquisas epidemiológicas, enquanto que em Florianópolis 52% não realizava, este demonstra que em 75% são realizados (Lamas et al., 2009).

Durante muito tempo não havia a necessidade de se preocupar com o planejamento de uma demanda específica (criança, adolescente, adulto), porque nesses casos, os programas eram restritos apenas à faixa etária infantil. Com a instituição do SUS e o acesso universal aos serviços, planejar ações tornou-se imprescindível. Estas extrapolaram a condição meramente clínica, como ocorreu por muitos anos nos programas anteriores, e agora são aplicadas no planejamento de demandas para acesso equitativo ao dentista. O presente estudo mostra que 75% dos municípios realiza algum tipo de demanda preferencial (gestantes, idosos, crianças) em seus agendamentos (Carnut, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal, também denominada Programa Brasil Sorridente, foi criada no ano de 2004 e é um documento de extrema importância que norteia para a mudança da Odontologia pública do país. O programa fez com que o Brasil avançasse em diversos aspectos, no entanto, anos após a sua criação, o estudo de Fortaleza (CE) aponta que ainda se enfrentam barreiras, como a falta de gestão e planejamento, necessidade de maior comunicação entre profissionais e comunidade, inserção da ESB com o restante dos profissionais da ESF. Nosso estudo corrobora com este, pois mostra que 66,67% dos municípios não realizam rodas de conversa para melhorar a comunicação com a comunidade, além disso, a comunicação entre a ESB e ESF (25%) é a segunda maior dificuldade encontrada pelos gestores em seus respectivos municípios. No entanto, nosso estudo diverge quanto à falta de gestão e planejamento, pois 58,33% dos gestores relataram ter um sistema de gestão estratégica. A função de Gestor em Saúde Bucal é pouco reconhecida, apesar de sua grande e fundamental importância, reflexo disso é verificado por meio da falta de artigos recentes sobre o tema (Lessa; Vettore, 2010).

Na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ressalta-se que sejam pensadas as linhas de cuidado (com demandas preferenciais para crianças, adolescente, adulto, idoso e outros), com a criação de fluxos resolutivos pela ESB, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. Logo, este estudo vai a favor disso, pois 83,33% dos municípios pesquisados, na hora de tomar decisões que afetam o coletivo, estas são compartilhadas com os trabalhadores do serviço odontológico, porém para uma gestão eficiente, é preciso ouvir tanto profissionais como a população. Ouvir apenas um lado não é suficiente, e isso é determinado pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142/1990, nas quais a participação da comunidade, de forma institucional, é um avanço conquistado com o SUS, que tornou efetiva a participação de gestores, trabalhadores e usuários na fiscalização e formulação das políticas de saúde (Santos, 2013).

O acolhimento dos pacientes é realizado em 75% dos municípios pesquisados e como parte do acolhimento 41,66% afirma realizar a escuta destes pacientes, no entanto, a escuta não é o único fator de acolhimento, pois o acolhimento pressupõe a escuta, identificação dos problemas e intervenções resolutivas em seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder à demanda da comunidade, reduzindo a centralidade em torno das consultas e ampliando os demais serviços. Ainda sobre a PNSB, 100% referiu conhecer a política formulada no SUS (Brasil, 2009; Braz, 2013).

Ações como planejamento, avaliação e monitoramento estão distantes do cotidiano da ESB. Para superar essa constatação é preciso mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais, assim como o conhecimento da real necessidade dos municípios brasileiros (Soares et al., 2011).

Apesar de a dimensão “Planejamento e Programação” ter melhorado nos últimos anos, ainda apresentou nível de adequação intermediário. O achado foi observado no estudo em Fortaleza (Lessa; Vettore, 2010), onde ações adequadas de planejamento e programação foram raras, enquanto que o nosso estudo demonstrou que o planejamento é uma realidade em 58,33% dos municípios da região carbonífera. Essa diferença pode estar relacionada à união e integração dos municípios da AMREC por meio da 20ª Regional de Saúde, uma vez que estes municípios encontram ali apoio técnico e orientação (Lessa; Vettore, 2010).

Embora a avaliação em saúde bucal ainda seja incipiente nos serviços de saúde, a correlação de metodologias, a exploração de informações digitais e a utilização de documentos de gestão podem contribuir no melhoramento dessa prática. Justamente por essa necessidade de pesquisar documentos confiáveis é que se faz necessário um guia norteador para esses profissionais. Nosso estudo vem ao encontro desta necessidade que auxilie o gestor acerca de suas funções e deveres frente ao cargo e também aponte as ferramentas necessárias para que ele alcance o objetivo final (Pires; Colussi; Calvo, 2014).

O incentivo à inserção do cirurgião-dentista na Atenção Básica por meio da ESF, a partir do ano 2000, produziu novas demandas nas secretarias de saúde (Cericato, 2007). Por este motivo, foram criados incentivos financeiros e foram estabelecidas metas a serem cumpridas por meio de indicadores de saúde. Durante este tempo, estimulou-se à produção de levantamentos epidemiológicos nos estados e municípios da federação, como também a criação de centros de referência da atenção especializada em Odontologia (Brasil, 2004). Todas essas iniciativas devem ter exercido influência positiva sobre as quatro dimensões que apresentaram melhora ao longo do estudo, que são: o planejamento das ações, o apoio às ações na Atenção Básica, a oferta da assistência e a integralidade da atenção. Estudo este que concorda com a avaliação de uma década do programa Brasil Sorridente e também com o nosso estudo, pois além do planejamento já mencionado, o apoio às ações na Atenção Básica, por meio de reuniões com os trabalhadores da Odontologia no serviço básico de saúde ocorreu em 100% dos municípios e em encontros mensais (50%) (Scherer; Sherer, 2015). Quanto à oferta da assistência, o presente estudo demonstrou que 33,3% dos municípios pesquisados realizam mais de 2.001 atendimentos por mês, totalizando aproximadamente 24.012 procedimentos no ano. Corroborando também com o estudo o realizado no município de Rio Grande (RS) que mostrou que foi realizado um total de 36.455 atendimentos em 2013 nas ESF do município (Siqueira; Cesar; Damé, 2014).

O trabalho em equipe impacta pontualmente a integralidade. Para os profissionais de saúde bucal, a integração no trabalho da ESF está limitada pela histórica segregação dessas categorias profissionais, associada à demora na inserção da saúde bucal na ESF e à formação individualista e tecnicista dos profissionais. Isso compromete a abordagem integral do ser humano, estudo este que coincide com o nosso, que mostra que a integração entre ESB e ESF é a segunda maior dificuldade encontrada pelos gestores (Sanglard-Oliveira et al., 2013).

A integralidade, ampliação e qualificação da assistência, o trabalho em equipe e multiprofissional, as condições estruturais, de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, estímulo à participação popular, e ações intersetoriais são os grandes desafios para o futuro das políticas públicas em Odontologia (Brasil, 2017). Os avanços que ocorreram após implantação do programa Brasil Sorridente concentram-se nas ações educativas e de educação permanente, no acolhimento, vínculo e responsabilização (Scherer; Sherer, 2015). O

estudo mostra que as atividades na área de saúde bucal, como: palestras e entregas de kits de higiene bucal (16,7%), grupos terapêuticos (8,3%), campanhas para a comunidade e visitas domiciliares (25%) são feitas junto à comunidade ou voltadas à comunidade e, em 50% dos casos, todas as atividades são realizadas em conjunto. Além disso, 75% dos municípios realizam ações de Educação em Saúde e atividades preventivas e o acolhimento é feito em 75% dos municípios pesquisados.

É inegável que houve crescentes investimentos em saúde bucal no país, advindos do Programa Brasil Sorridente, mas os estudos ainda são superficiais e insuficientes para avaliar, em âmbito nacional e até mesmo regional, se os objetivos da PNSB estão sendo atingidos (Goes; Moyses, 2012).

Apesar do novo cenário, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal. São necessários maiores esforços, tanto na gestão do trabalho como dos profissionais, formação e educação permanente, pois os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante no passado. Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais para um novo modo de se fazer saúde. É preciso saber diagnosticar os problemas, ouvir mais a comunidade e melhorar o vínculo entre a equipe de saúde bucal e o restante dos profissionais, formando assim uma rede multiprofissional (Scherer; Scherer, 2015).

CONCLUSÕES

A análise da gestão em saúde bucal na rede de atenção à saúde da região carbonífera demonstrou que a região tem uma grande capacidade organizacional e de gestão, porém é necessário que se amplie e aprimore a gestão participativa e de controle social, pois só ouvindo as reais necessidades da população, será possível evoluir e fortalecer a rede de atenção à saúde pertencente ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

É importante a regulamentação do cargo de Gestor em Saúde Bucal, além da sua valorização e implantação em todos os municípios, pois só assim será viável desenvolver políticas públicas eficientes para Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: MS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Caderno HumanizaSUS**, v. 2. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **Série Técnica**, n. 8. Brasília: MS, 2004.

- BRASIL. Portaria nº 2.479 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2010.
- BRAZ, F. A. F. A importância do acolhimento aos usuários da Atenção Básica: uma assistência humanizada. **Monografia (Especialização)** – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
- CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 53-61, 2012.
- CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, 2007.
- GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.
- GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: **Artes Médicas**, 2012.
- LAMAS, A. E.; COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. R. Modelo de atenção e saúde dos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos dentistas da rede básica de Florianópolis (SC) na atenção à saúde dos trabalhadores. **RSBO**, v. 6, n. 2, 2009.
- LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 547-556, 2010.
- MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; MOYSES, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.
- PIRES, D. A.; COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4525-4534, 2014.
- SANGLARD-OLIVEIRA, C. A.; WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D.; ABREU, M. H. N. G. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2453-2460, 2013.
- SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.
- SCHERER, C. I.; SHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 98, 2015.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SIQUEIRA, L. G. R.; CESAR, J. A.; DAMÉ, J. L. D. Procedimentos odontológicos: um estudo de demanda em unidades básicas de saúde no município de Rio Grande, RS. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal de Pelotas, 2014.
- SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.