


Avaliação da organização da demanda odontológica na estratégia saúde da família em um município no sul de Minas Gerais


Danyara Tamires Becker de Souza
Zenun¹

 0000-0001-6810-4867

Ana Beatriz Macedo Vieira Costa¹

 0000-0003-2049-1129


Heloisa de Sousa Gomes¹

 0000-0002-0065-9556

Daniela Coelho de Lima¹

 0000-0002-7945-435X

Alessandro Aparecido Pereira¹

 0000-0001-8642-4768

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência:

Ana Beatriz Macedo Vieira Costa
E-mail: ana.costa@unifal-mg.edu.br

Recebido: 09 fev. 2022
Aprovado: 16 nov. 2023
Última revisão: 28 out. 2024

Resumo O presente estudo, de caráter descritivo e transversal, teve como objetivo analisar a forma de organização da demanda odontológica na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma cidade localizada no sul de Minas Gerais, por meio de um questionário estruturado, autoaplicável, de forma presencial, pelos cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes de Saúde Bucal deste município. O questionário avaliou dados demográficos dos participantes além de como é realizado o acolhimento dos pacientes até o encaminhamento deles. Dos onze profissionais odontólogos entrevistados tinham idade média de 33,09 anos e 82% eram mulheres. Foi visto que, em relação ao acolhimento, 54,5% são realizados pelo cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB) conjuntamente, 27,2% somente pelo CD e 18,1% apenas pela ASB. Em relação ao planejamento das ações, 72,7% são planejadas em conjunto com a ESF e 27,3% somente pelo cirurgião-dentista e ASB. Grande parte (82%) das unidades não realizam a classificação de risco familiar e individual bem como relataram não haver referenciamento. Apenas 45% das unidades apresentam horário para educação permanente e disponibilizam um período do dia para caso apareça casos de atendimento de urgência em que uma média de 7,09 pacientes são agendados. Entretanto, todas as equipes trabalham com agenda semanal pré-definida. Conclui-se que, embora muitas das unidades tem as equipes de saúde bucal trabalhando em parceria com as ESF, as unidades avaliadas não seguem uma padronização na organização da demanda odontológica. Além disso, observa-se uma participação ativa do cirurgião-dentista na elaboração das estratégias para organização da demanda neste local.

Descritores: Saúde Pública. Odontologia Comunitária. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde.

Evaluación de la organización de la demanda odontológica en la estrategia de salud familiar en un municipio del sur de Minas Gerais

Resumen El presente estudio, de carácter descriptivo y transversal, tuvo como objetivo analizar la forma en que se organiza la demanda odontológica en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en una ciudad ubicada en el sur de Minas Gerais, a través de un sistema estructurado y autoadministrado. cuestionario, de forma presencial, por parte de los cirujanos dentistas que laboran en los equipos de Salud Bucal de este municipio. El cuestionario evaluó los datos demográficos de los participantes además de cómo fueron recibidos los pacientes hasta su derivación. De los once profesionales odontólogos entrevistados, su edad promedio fue de 33,09 años y el 82% eran mujeres. Se observó que, con relación a la recepción, el 54,5% es realizada por el cirujano dentista (CD) y el auxiliar de salud bucal (ASB) juntos, el 27,2% sólo por el CD y el 18,1% sólo por la ASB. En cuanto a la planificación de actuaciones, el 72,7% son planificadas junto con la FSE y el 27,3% únicamente por el dentista y la ASB. La mayoría (82%) de las unidades no realiza clasificación de riesgo familiar e individual y no reportaron derivación. Sólo el 45% de las unidades cuentan con horarios de educación continua y brindan un período del día para casos de atención de emergencia en los que están programados un promedio de 7,09 pacientes. Sin embargo, todos los equipos trabajan con un horario semanal predefinido. Se concluye que, aunque muchas de las unidades cuentan con equipos de salud bucal trabajando en colaboración con la ESF, las unidades evaluadas no siguen una estandarización en la organización de la demanda odontológica. Además, existe una participación del odontólogo en el desarrollo de estrategias para organizar la demanda en esta localidad.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.en>



Descritores: Salud Pública. Odontología Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud.

Evaluating the organization of dental care demand within the Family Health Strategy in a municipality in Southern Minas Gerais

Abstract This descriptive, cross-sectional study aimed to analyze how dental demand is organized in the Family Health Strategy (FHS) in a city located in the south of Minas Gerais, using a structured, self-administered, face-to-face questionnaire administered by the dental surgeons who work in the Oral Health teams in this municipality. The questionnaire assessed the demographic data of the participants, as well as how patients are received and referred. Of the eleven dental professionals interviewed, 82% were women with an average age of 33.09 years. It was found that regarding reception, 54.5% of patients were attended jointly by the dental surgeon and the oral health assistant, 27.2% only by the dental surgeon and 18.1% only by the oral health assistant. Concerning action planning, 72.7% was planned jointly with the FHS and 27.3% only by the dental surgeon and oral health assistant. A large proportion (82%) of the units did not classify family and individual risk, nor did they report referrals. Only 45% of the units had time for continuing education and made time available for emergency care, in which an average of 7.09 patients were scheduled. However, all the teams worked according to a pre-defined weekly schedule. It can be concluded that although many of the units have oral health teams working in partnership with the FHS, there is no standardization in dental demand organization among the units evaluated. In addition, dental surgeons actively participate in drawing up strategies to organize demand in this location.

Descriptors: Public Health. Community Dentistry. Primary Health Care. Health Management.

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde. Além disso, observa-se a importância em respeitar os princípios da universalidade, equidade e integralidade, para uma revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida¹.

A saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho. O cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços². Ou seja, as equipes devem organizar o processo bem como a qualidade do serviço de saúde bucal³.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. A proposta deste documento é ter o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente⁴.

Para que essas mudanças possam realmente substituir as práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o MS passou a definir as características que espera ver consolidadas com a implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, dentre elas: adscrição da população; integralidade da assistência; articulação da referência e contrarreferência aos serviços de maior complexidade; definição da família como núcleo central de abordagem;

humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas⁵.

Apesar do grande esforço para efetivação dessa nova forma de cuidado, as equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades, principalmente na organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, ficando a atenção atrelada à demanda espontânea⁵. Demanda espontânea é considerado quando o paciente comparece na unidade de saúde de forma inesperada, seja por motivo agudo, aqueles casos que precisam de atendimento imediato, prioritários, ou que o próprio paciente julgue necessidade, em casos de intervenção que podem ser programadas⁶. Já a demanda programada seria os atendimentos agendados, previamente, pautados então em ações preventivas⁷.

Nesse contexto, a utilização de ferramentas para a reorganização do processo de trabalho faz-se necessária para garantir a equidade e a integralidade das ações. Uma dessas ferramentas é a agenda, um recurso-chave para otimizar o tempo, priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde bucal da população². Pode-se promover a organização da rotina do trabalho, compartilhamento da responsabilidade pelos resultados e possibilitar o acesso ao serviço de saúde com equidade⁸.

Sabe-se que, tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada odontológica, tem sido um problema, uma vez que, muitas vezes, faltam critérios técnicos para orientá-las. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar e descrever a forma de organização das demandas espontânea e programada odontológica na Estratégia de Saúde da Família em uma cidade de porte médio do sul de Minas Gerais.

MÉTODOS

A pesquisa configura-se como um estudo descritivo, de caráter transversal, com uma abordagem quantitativa, teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 2.892.823), respeitou os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 1996 e atualmente consta com 17 equipes de Saúde da Família e dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que possui em seu corpo clínico nutricionista, assistente social e psicólogo, cobrindo 61% da população.

A equipe de Saúde Bucal (eSB) está inserida em 17 ESF, modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal). Possui um Centro Odontológico Municipal, que seria uma Unidade Básica de Saúde (UBS) somente com atendimento odontológico, o qual está destinado para atender áreas regionais sem cobertura de ESF, responsável também pela distribuição dos materiais para todas as ESF e localiza-se a Coordenação de Saúde Bucal do município.

A população de estudo foi composta pelos cirurgiões-dentistas que atuavam nas equipes de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família do município de médio porte do sul de Minas Gerais. Este município foi fundado em 1805 e de acordo com o IBGE, em 2022, estimou-se uma população de 78.970 habitantes, sendo 93,8% da zona urbana e 6,2% da zona rural.

Este estudo utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado, autoaplicável, contendo questões relativas à organização da demanda nas equipes de Saúde Bucal bem como dados sociodemográficos dos participantes tais como sexo, idade, pós-graduação, além de questões relacionadas ao acolhimento e do profissional. Após o pesquisador responsável explicar sobre os riscos e benefícios do estudo, os participantes concordando com a participação na pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário foi aplicado de forma presencial e continha questões demográficas sobre os participantes bem como perguntas sobre como era realizado o processo de acolhimento dos pacientes nas ESF, que é a escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, até o encaminhamento dos mesmos, caso necessário.

Os dados obtidos foram tabulados e são apresentados por meio de estatísticas descritivas.

RESULTADOS

Embora o município possuísse 17 Unidades de Saúde da Família, seis não tinham cirurgião-dentista, pois a prefeitura ainda não havia chamado todos os que foram aprovados no concurso público. Sendo assim, no momento da realização da pesquisa, o município possuía 11 Unidades de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal e os 11 cirurgiões-dentistas participaram da pesquisa, com idade média de 33,09 anos e grande parte sendo mulheres (82%).

Quando questionados se possuíam pós-graduação, 73% dos entrevistados responderam que sim, sendo citadas áreas de endodontia, gestão pública e organização de saúde, ortodontia, mestrado em ciências odontológicas, a metade deles em saúde da família e saúde pública. Já em relação à estrutura física das ESF, verificou-se que a maioria possui sede própria (73%) e as demais estão localizadas em estabelecimentos alugados.

Em relação ao questionamento sobre a quantidade de usuários agendados diariamente, por cada profissional, observou-se uma média de 7,09 pessoas. E todas as unidades que participaram do estudo reservam um horário diariamente para o atendimento de urgência.

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas dos demais dados coletados, sobre práticas de acolhimento, planejamento, reuniões, visitas domiciliares, atividades de saúde coletiva e encaminhamentos para a Atenção Secundária.

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis pesquisadas.

Variável	n	%
<i>Acolhimento</i>		
CD e ASB	6	54,5
CD	3	27,2
ASB	2	18,1
<i>Planejamento das ações de saúde bucal na unidade</i>		
Somente pelo CD e ASB	3	27,3
Em conjunto com a ESF	8	72,7
<i>Características das reuniões</i>		
Em horário/período reservado	7	63,6
Mensalmente	6	54,5
Quinzenalmente	3	27,3
Semanalmente	2	18,2
<i>Visita domiciliar</i>		
Sim	8	72,7
Pelo CD	5	62,5
Pelo ASB	3	37,5
<i>Atividades desenvolvidas</i>		
Escovação supervisionada	3	27,3
Atividades em creches e escolas	3	27,3
Participação em grupos operativos	2	18,2
Distribuição de escova e creme dental	2	18,2
Palestras em sala de espera	1	9,0
<i>Encaminhamento</i>		
Para cursos de graduação	5	45,5
Para cursos de especialização	5	45,5
Para estabelecimentos privados	1	9,0

Observou-se que 82% das unidades não realizam a classificação de risco familiar e individual para organização da demanda. Entre as equipes que realizam utiliza-se como critério a condição sistêmica (gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de necessidades especiais).

Sobre o encaminhamento dos usuários que necessitam de atenção secundária, cabe ressaltar que o município possui duas universidades, uma federal e outra privada, que realizam atendimentos pelo SUS e instituições que oferecem cursos de especialização em Odontologia com atendimento à população, o que contribui para atendimento da demanda, pois na cidade não dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Quanto a informações de contrarreferência do atendimento quando encaminhados para a atenção secundária, 82% relataram que não existe referenciamento e 18% alegaram que existe referenciamento do atendimento da atenção secundária.

DISCUSSÃO

Embora o município onde o estudo foi realizado seja composto por 17 ESF, apenas 11 delas contavam com cirurgião-dentista, situação prejudicial, pois estudos relacionam que a (des)organização do número de profissionais apresenta um reflexo negativo, tanto para os usuários - que não recebem um atendimento de real efeito, quanto para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos com o mesmo critério de qualidade causam a insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para uma boa atuação⁹. Também se faz necessário profissionais qualificados e em número suficiente, podendo ser observado a necessidade de convocação de novos profissionais para completar as vagas das ESF que estão sem cobertura, devido à falta de profissional¹⁰.

A triagem ou classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta¹¹. Segundo o MS¹², é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento, que não a ordem de chegada. A classificação de risco possibilita a organização do fluxo de usuários que procuram os serviços de urgência/emergência e pode garantir um atendimento resolutivo e humanizado aos que se encontram em situação aguda ou crônica agudizada de qualquer natureza¹³.

De acordo com Santos e Hugo (2018)¹⁴, o último resultado do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), observou-se que em relação à formação complementar, dos 12.581 cirurgiões-dentistas respondentes, 69,5% possuem algum tipo de especialização, sendo 34% destes em Saúde da Família (especialização ou residência). Estudo realizado em mais de cinco mil municípios brasileiros¹⁴ destaca que das 19.898 ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, 14.178 (78,3%) das ESB respondentes expressaram realizar visitas domiciliares.

Lima *et al.* (2018)¹⁵, observaram em seu estudo que a média de tempo de trabalho nos ESF dos cirurgiões-dentistas, entrevistados foi de 7,83 anos. Em comparação ao município pesquisado a média de tempo de serviço na ESF é bem menor (19 meses), em consequência de o concurso público ter sido realizado há pouco tempo e aos profissionais terem assumido o cargo, recentemente.

Diferente do observado por Souza (2011)¹⁶, nas UBS do município de Três Rios (RJ), no qual a maior parte está situada em imóvel alugado ou imóvel cedido por ente não governamental ou órgão público e somente 30% das unidades funcionam em imóveis próprios do Poder Público Municipal. Observando as características sociodemográficas e de infraestrutura, é imprescindível que o município tenha capacidade para organizar seus serviços de saúde, disponham de instalações adequadas, e quando necessário adaptada para melhor acesso da população.

Sobrinho *et al.* (2015)¹⁷ em estudo sobre o estado de Pernambuco, observaram que, das ESB que participaram do segundo ciclo do PMAQ, o cirurgião-dentista foi apontado como um dos profissionais que atua no acolhimento na unidade de saúde em 369 equipes (46,06%) e que o acolhimento e a demanda espontânea são realizados de forma específica para a saúde bucal por 643 equipes (80,27%). Entretanto, estudo realizado no Distrito Federal em 2018 destaca as ESFs pouco estruturadas e fragmentadas, sugerindo obstáculos tanto para estruturação da marcação de consultas odontológicas quanto para a realização do acolhimento¹⁸.

Amaral Júnior *et al.* (2020)⁸ observaram que, em relação a construção da agenda, 88% dos entrevistados participam mensalmente de atividades de gestão e planejamento da construção da agenda. Santos *et al.* (2007)¹⁹, ao pesquisarem sobre o número de pacientes considerado ideal para um bom atendimento, observaram que 54% dos cirurgiões-dentistas responderam que o ideal seriam oito pacientes, 41% responderam que seriam dez pacientes e 5% responderam que seriam 15 pacientes.

A linha guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, atenção em saúde bucal, orienta que o atendimento das urgências/emergências deve ser garantido na atenção primária como prioridade a todos os usuários, independentemente de serem da área de abrangência, devendo ser reservado diariamente um horário para esse atendimento. Essa definição dos horários deverá ser feita pela equipe, de acordo com a demanda local²⁰.

A educação continuada permite a capacitação dos profissionais para responder às contínuas necessidades da atenção e da organização do serviço, que são dinâmicas. Os gestores devem estar sempre abertos para a importância da educação continuada no nível de serviço, de forma a estarem capacitando os profissionais a realizarem de forma qualificada as atividades que são de sua competência, adequando-as às necessidades de saúde da população²¹. Já a educação permanente possibilita a produção de novos pactos e acordos coletivos, fortalece as ações da equipe, gerando mudança institucional e transformação das práticas técnicas e sociais²².

No estudo realizado por Reis *et al.* (2015)¹ a maioria dos CD relatou integração com a equipe, porém poucos participavam das reuniões e utilizavam prontuários únicos. O trabalho do CD raramente se inseria em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que suas ações eram desenvolvidas de forma autônoma, independente e individualizada.

Sobre a realização de primeira consulta odontológica programada semanalmente, todas as equipes realizam atendimento de primeira consulta programática durante a semana com uma média de 9 usuários. Melo *et al.* (2016)⁹ realizaram um estudo em um município de São Paulo, constatando que em uma ESB foram realizados 33 atendimentos de primeira consulta programática em um mês. Roncalli *et al.* (2016)¹³ em um estudo realizado em Araçatuba observaram que foram realizadas 11.485 primeiras consultas em um ano.

Silva *et al.* (2016)²³ descreveram que o indicador de primeira consulta odontológica programática reflete o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS. Relatam a importância de ações que promovam a melhoria do indicador, como o planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada, para que se possa diminuir problemas bucais, propondo para estes pacientes a execução de um plano preventivo-terapêutico, estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico nesta primeira consulta, tendo esse plano uma resolução completa na atenção básica.

Quando proposto pelo MS, o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática deveria representar o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, com elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT) para atender às necessidades detectadas²⁴.

Verificou-se que em relação à organização do atendimento clínico, que 91% dos profissionais utilizam a demanda espontânea e apenas 9% é programada por ciclo de vida; condição sistêmica; risco social. Corroborando, estudos de 2018 observaram que a maioria das ESB organiza a agenda para atender demanda espontânea e programada (91,4%) e oferece ao usuário oportunidade de agendamento para a continuidade do tratamento odontológico (92,3%)²⁵.

O modo de organização de encaminhamento dos usuários para especialidades também foi um dos desafios observados por Scherer *et al.* (2018)¹⁸, pois a existência de fluxos burocratizados e limitações para o atendimento aos usuários encaminhados pela ESF demonstra obstáculos à coordenação e à integralidade do cuidado.

Schunemann e Leite (2017)²⁶ também identificaram a dificuldade em se realizar o acompanhamento do paciente referenciado, pois muitas vezes ele não retornava à unidade de origem para o seguimento e/ou conclusão do tratamento.

Para concretizar a inserção da Odontologia na ESF é preciso entender sua essência para consolidação do Sistema Único de Saúde respeitando seus princípios de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização²⁷.

É importante salientar que, embora a população do estudo se trate de 11 profissionais, isso inclui todos os profissionais odontólogos atuantes nas ESFs, uma vez que 6 das 17 ESF estavam sem profissionais contratados. Portanto, os resultados deste estudo apresentam validade interna podendo abranger a região deste município. Além disso, embora a pesquisa seja realizada em um único município do sul de Minas Gerais, o objetivo proposto foi de demonstrar como é realizado a organização da demanda neste local. Vale ressaltar ainda que, embora o município do estudo não possua um Centro de Especialidades Odontológicas para receber os encaminhamentos com necessidade de atenção secundária, esse encaminhamento é possível de ser realizado para as Universidades, em que ambas fornecem atendimento odontológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a população deste município e das demais cidades da região não fica desassistida.

CONCLUSÃO

As unidades avaliadas neste estudo não apresentam uma padronização na organização da demanda odontológica, embora as equipes de saúde bucal trabalhem em parceria com as ESF em muitas dessas unidades. Além disso, observa-se uma participação ativa do cirurgião-dentista na elaboração das estratégias para organização da demanda neste local e todas as equipes de saúde bucal relataram realizar acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015;39(104):56-64. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040608>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família- Equipe de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 05 de abril de 2021]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes
3. Martinelli DLF, Cascaes AM, Frias AC, Souza LB, Bomfim RA. Oral health coverage in the Family Health Strategy and use of dental services in adolescents in Mato Grosso do Sul, Brazil. 2019: cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2021;26(4):e20201140. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400010>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004 [citado em 05 de abril de 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
5. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, 29 mar. Seção 1. 2006a. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01505>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. *Cadernos de Atenção Básica*, no 28, volume I. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. 2010. p. 8. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3345](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3345)
7. Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora. *Saude Colet* [Internet], 2006;16(1):83-97. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312006000100006>
8. Amaral Júnior OL, Fagundes MLBF, Menegazzo GR, Tôrres LHN, Giordani JMA. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. *TEMPUS* [Internet]. 2020;14(1):143-159. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2618>

9. 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. *Rev Cienci Plur* [Internet]. 2016;2(1):42-55. doi: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2016v2n1id9037>
10. Souza MGR, Souza CP, Lima RCGS. Realidade e esforços de cirurgiões-dentistas em Odontologia Comunitária. *Rev ABENO* [Internet]. 2020;20(2):80-92. doi: <https://doi.org/10.1590/10.30979/rev.abeno.v20i2.906>
11. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Roncalli AG, Moimaz SAS, Gomes AMP, Garbin CAS, Saliba NA. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: análise de um modelo tradicional. *RGO* [Internet]. 2016;64(4). doi: <https://doi.org/10.1590/s1807-25772013000500001>
14. Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2018;23(12):4319-4329. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.12922016>
15. Lima VT, Codato LAB, Higasi MS, Kasai MLHI. Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. *Rev ABENO* [Internet]. 2018;18(4):130-139. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i4.625>
16. Souza ROA. A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde [Dissertação]. [Recife]: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 159f.
17. Sobrinho JEL, Martelli PJL, Albuquerque MSV, Lyra TM. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saude em Debate* [Internet]. 2015;39(104):136-146. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040209>
18. Scherer CI, Martelli PJL, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saude em Debate* [Internet]. 2018 [citado em 12 de abril de 2021];42(special 2):233-246. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000600233&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s216>
19. Santos SAS, Meneghim MC, Pereira AC. Organization of demand and satisfaction level evaluation for professionals and users in the dental health service of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2007;36(2):169-174.
20. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.
21. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza E. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014;19(3):847-852. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
22. Passos SMA. O escopo da prática do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde: estudo de caso na região metropolitana de Manaus AM [Tese]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019. 389f.

23. Silva PS, Bezerra HH, Souza EC, Carvalho MF. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde. Rev Saude.Com [Internet]. 2016;12(1):470-476. doi: <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.285>
24. Cordeiro WJ, Mafra AA. Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado em 08 de abril de 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf
26. Schunemann MR, Leite MMC. Conquistas e dificuldades da equipe de saúde bucal na estratégia da saúde da família no Brasil. Rev Fac Cien Med (Quito) [Internet]. 2017 [citado em 13 de abril de 2021];42(1):18-24. Disponível em: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1515
27. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRSN, Ditterich R. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ. Saude em Debate [Internet]. 2018;42(1):145-162. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s110>

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Próprio.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: AAP, DCL. Coleta, análise e interpretação dos dados: DTBSZ, ABMVC. Elaboração ou revisão do manuscrito: DTBSZ, ABMVC, AAP, DCL, HSG. Aprovação da versão final: DTBSZ, ABMVC, AAP, DCL, HSG. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: DTBSZ, ABMVC, AAP, DCL, HSG.