

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO AMAZONAS  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFAM

BOLSISTA: FABIOLA DE LOURDES ALVES DE ARAÚJO, CNPq

MANAUS

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-S/0012/2012

INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA  
ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO AMAZONAS  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFAM

BOLSISTA: FABIOLA DE LOURDES ALVES DE ARAUJO, CNPq

ORIENTADOR: Prof.<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> JANETE MARIA REBELO VIEIRA

MANAUS

2013

TODOS OS DIREITOS DESTE RELATÓRIO SÃO RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. PARTE DESTE RELATÓRIO SÓ PODERÁ SER REPRODUZIDA PARA FINS ACADÊMICOS OU CIENTÍFICOS.

ESTA PESQUISA, FINANCIADA PELO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA – CNPQ, ATRAVÉS DO PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS.

## RESUMO

Com o objetivo de descrever a evolução das ESB na Estratégia Saúde da Família nos municípios amazonenses foi adotado um estudo descritivo com enfoque retrospectivo. O universo do estudo foi composto pelos 62 municípios do Estado do Amazonas. As informações referentes aos números de municípios com ESB implantadas e de ESB, ano de habilitação das ESB, bem como a cobertura populacional foram obtidas a partir do CNES e DATASUS. Para descrever as características do objetivo proposto utilizou-se o espaço territorial do Estado do Amazonas segundo a Constituição Estadual que congrega os 62 municípios integrados em nove sub - regiões e um centro regional – Manaus. O período de abrangência do estudo foi de 2001, ano em que foi instituído pelo Ministério da Saúde incentivo financeiro para o município que incorporasse ESB na Estratégia Saúde da Família, até 2011. A análise estatística operacionalizada foi descritiva com apresentação de proporções e percentagens. De acordo com o banco de dados da pesquisa, no período de 2001 a 2011 foram implantadas 348 equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família. Quanto a modalidade 83,85% correspondiam a Modalidade I (Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal) e 16,15% correspondiam a Modalidade II (Cirurgião- Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal). Quanto a cobertura populacional, observou-se que em somente 17% dos municípios do estado do Amazonas, as equipes de saúde bucal conseguem atender toda a população, 25% uma cobertura populacional mediana e 58% dos municípios existe uma cobertura populacional insuficiente.

Palavras-chaves: Saúde bucal, atenção primária, avaliação

## ABSTRACT

This study aims to analyze the evolution of the implementation of oral health teams in family health strategy in Amazonas State between the years 2001 to 2011. The teams were characterized by number, type of modality, year of qualification and population coverage. The study universe was composed of 62 municipalities of the state of Amazonas, sub-divided according to the state constitution: nine sub-regions and a regional center. The information was obtained from the National Register of Health Facility - CNES and DATASUS. According to the database of the research in the period 2001-2011 were deployed 348 teams of oral health in the Family Health Strategy. Regarding the modality 83.85% were Type I (Surgeon-Dentist and Dental Assistant health) and 16.15% were Type II (Dental Surgeon, Assistant Technical oral health and oral health). According to population coverage, consider that only in 17% of municipalities in the state of Amazonas, the oral health teams can serve the entire population. In contrast, 25% population coverage median and 58% of the municipalities there is insufficient population coverage.

Keywords: Oral health, primary care, evaluation

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVOS .....	9
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
METODOLOGIA.....	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÕES.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 para ampliar a atenção básica as populações e áreas de carência em saúde, com foco central na família e na comunidade. Em 1998, passou a ser concebido como um processo em permanente construção, uma estratégia estruturante, recebendo a denominação de Estratégia de Saúde da Família com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional.

A Portaria n. 1.444 (BRASIL, 2000) que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada nos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família foi considerada como o marco oficial da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia, a partir das modalidades I e II. Esse instrumento foi regulamentado pela Portaria n. 267 de 6 de março de 2001 que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, por meio do plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção básica que devem expressar os princípios e diretrizes do SUS.

A inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi objeto de inúmeros artigos enfocando essa experiência em diferentes localidades (FARIAS e MOURA, 2003; RODRIGUES e ASSIS, 2005; DIAS, 2006; SOUZA e RONCALLI, 2007; SILVA et al, 2011; VIANA et al, 2011). Decorridos onze anos da inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família, o Brasil possui 4.888 municípios com ESB, com um total de 19.492 equipes implantadas na modalidade I e 1.933 na modalidade II, e uma cobertura de 46,6% (BRASIL, 2011).

Entendendo a importância das ESB na Estratégia Saúde da Família, bem como as diferenças entre as regiões brasileiras, entre os estados de uma mesma região, e assim como também, as diferenças entre os municípios de um mesmo estado, torna-se pertinente conhecer como está se dando a implantação desse novo modelo de atenção a saúde em diferentes localidades brasileiras.

## OBJETIVOS

### **Geral:**

- Conhecer a evolução das ESB na Estratégia Saúde da Família nos municípios amazonenses.

### **Específicos:**

- Verificar os municípios amazonenses que implantaram ESB na estratégia saúde da família.
- Caracterizar as ESB quanto ao número, tipo de modalidade, ano de habilitação e cobertura populacional.

## REVISÃO DE LITERATURA

Um dos pilares na construção de proposta de atenção primária em saúde foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, no ano de 1978. Elevou-se a atenção primária em saúde como estratégia para se alcançar a meta de Saúde para todos no ano 2000, definida pela assembleia mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1977, assumindo uma proposta extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência a saúde (HENRIQUE et al, 2008).

A saúde no Brasil adquiriu visibilidade com a Constituição Federal de 1988, a qual instituiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos níveis federal, estadual e municipal os gestores desse sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção a saúde, priorizando a atenção básica/primária (SILVA, 2008).

Com o advento do SUS, tem-se priorizado a instituição de modelos de atenção em saúde bucal centrados nos princípios que o norteiam como integralidade, universalidade, equidade, descentralização das ações e controle social. Dentre esses modelos, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, que busca a reorganização do sistema, bem como a reordenação das práticas sanitárias vigentes (REIS et al, 2009).

Ao longo dos últimos onze anos da inserção das equipes de saúde bucal (Cirurgião Dentista – CD, Auxiliar em Saúde Bucal – ASB e Técnico em Saúde Bucal – TSB) na Estratégia de Saúde da Família, inúmeros artigos foram publicados enfocando essa experiência em diferentes localidades.

O estado do Ceará iniciou a experiência em 2002, com um total de 375 equipes funcionando em 184 municípios e uma cobertura de 34% para uma população de 7.546.619 habitantes. Com o objetivo de identificar os benefícios e obstáculos na implantação das ações de saúde bucal no município de Iracema – CE, por meio de uma análise comparativa no ano de 1998 e 2001, Farias e Moura (2003) coletaram dados pelas técnicas de análise documental (Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde e informes das Secretarias de Saúde e de Educação) e de observação participante (registro de informações das atividades práticas de saúde bucal). Os resultados mostraram que, em 1998, o modelo de atenção à saúde bucal no referido município era hegemônico privatista semelhante ao da realidade nacional. Em 2001, o cenário começou a mudar após a implantação do PSF e ESB, em que se procurava ter um diagnóstico real de saúde da população de Iracema para alcançar os princípios do SUS. Como benefício, apontou-se a integração entre diferentes atores, melhoria da capacidade instalada, ampliação dos recursos humanos, melhoria do acesso tanto para população geral quanto para os grupos priorizados. Os obstáculos apontados foram a valorização das práticas odontológicas curativas pela população e pelo CD, serviços especializados insuficientes, necessidade de integração dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS nas ações de saúde bucal, não atendimento clínico noturno e de urgência. No entanto, apesar de todos os percalços encontrados para a mudança de modelo de atenção à saúde, o PSF mostrou-se uma estratégia possível e necessária para a população estudada.

Tendo como referencial a análise organizacional da oferta e demanda dos serviços de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família (USF), no

município de Alagoinhas – BA, Rodrigues e Assis (2005) realizaram uma pesquisa em quatro USF (implantadas em 1998) com ESB (implantadas em 2001). Os autores observaram que cada ESB, particularmente o CD, é quem determina como se dará a organização das ações na atenção básica e a forma de conduzir a marcação de consulta. Dessa forma, o acesso pode se dar pela demanda espontânea, através de ações programadas para os grupos de gestante e escolar, e por meio de reuniões com as famílias selecionadas pelos ACS. Em suma, a prática desenvolvida nas USF compromete o princípio da universalidade; as normas e diretrizes da saúde bucal na ESF nem sempre conseguem ser seguidas, embora existam esforços neste sentido, bem como se evidenciou a necessidade do conhecimento da realidade de saúde de cada localidade.

A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica foi pautada por uma nova concepção do processo saúde-doença e rapidamente expandiu-se e ganhou expressividade no cenário nacional. Souza e Roncalli (2007), preocupados com a forma como essa reorganização está ocorrendo, analisaram a incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado do Rio Grande do Norte, buscando conhecer os fatores que interferiam na implantação dessa estratégia e no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS. Foram selecionados vinte municípios que tinham, pelo menos, uma ESB implantada com um tempo mínimo de um ano. Os resultados evidenciaram uma precarização das relações de trabalho; a organização do trabalho segue na direção multidisciplinar, o problema no campo da saúde é visto sem que se estabeleçam relações científicas efetivas entre os profissionais; a ação intersetorial é entendida como mutirões,

participação em conferências ou atividades preventivas nas unidades; o acesso se dá de diferentes formas nos municípios pesquisados; o sistema de referência e contrarreferência não são adequados; nas estratégias de programação o conhecimento da realidade local não é uma prática na maioria dos municípios e o diagnóstico não é utilizado como instrumento de trabalho pelo CD; as atividades coletivas, entre as quais mais citadas foram: as palestras, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada, as quais são desenvolvidas em escolas e creches, lembrando claramente o Sistema Incremental aos escolares, assim como, também, essas práticas são adotadas sem critérios e sem controle da eficácia. Os autores sinalizam que a maioria dos municípios não conseguiu mudar o modelo assistencial em saúde bucal após a inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família.

Em Minas Gerais, Lourenço et al (2009) relataram em seus estudos que o estado possuía 853 municípios, dos quais 723 implantaram o Programa Saúde da Família. Segundos dados do SES-MG, 310 municípios (36,3%) haviam incorporado ESB no PSF até o primeiro semestre de 2004, num total de 724 equipes, sendo que destes 573 equipes (79,1%) eram modalidade I e 151 equipes (20,9%) na modalidade II. Este estudo abrangeu todos os 310 municípios que apresentavam Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família até o primeiro semestre do ano de 2004. Sendo que, 62% eram de pequeno porte (até 10.000 habitantes), 33% de médio porte (10.000 a 50.000 habitantes) e 5% de grande porte (acima de 50.000 habitantes).

Em um estudo de revisão, Soares et al (2011) com o objetivo de avaliar a atuação da ESB na ESF buscou artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período de 2001 a 2008. Durante a pesquisa foram

encontrados 44 artigos; destes, 20 foram selecionados. Foram identificadas diversas variáveis de interesse, as quais foram agrupadas em quatro temas: perfil de atuação da equipe de saúde bucal, com enfoque em aspectos administrativos e ações realizadas; oferta, demanda e acesso aos serviços; relações entre os sujeitos; e planejamento, programação e avaliação. Os estudos relatados foram realizados principalmente na Região Nordeste. Com base nos estudos pesquisados, destacaram os aspectos positivos e negativos da inclusão da ESB na ESF até o momento da avaliação. Como aspectos positivos destacam-se a maior ênfase às ações de promoção, prevenção e educação; a delimitação da clientela possibilitando melhor acompanhamento; a cobertura populacional de acordo com o mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde; a recepção favorável e satisfação por parte do usuário; a boa integração do cirurgião dentista (CD) com a equipe e sua capacitação na área de saúde pública; e a existência de relações humanizadoras e vínculo entre trabalhadores e usuários. Os aspectos negativos incluíram a falta de atividades de planejamento, programação e avaliação; a grande demanda reprimida e a pouca oferta; a não ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal em comparação com áreas não cobertas pela ESF; a maior expectativa voltada às ações curativas e queixas relacionadas à presteza no atendimento e resolubilidade do serviço por parte dos usuários; dificuldades referentes ao encaminhamento dos casos de maior complexidade; ações com foco no atendimento clínico e valorização excessiva da técnica e da especialidade; predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais; dificuldades na intersetorialidade e no diagnóstico epidemiológico; e contratos precários, baixos salários, frustrações e condições inadequadas de trabalho para o CD.

Com o objetivo de analisar a evolução da implementação das ESB no estado de Pernambuco, Viana et al (2011), por meio de uma série histórica, no período entre 2001 e 2009, buscaram contribuir para o dimensionamento da cobertura de saúde bucal no estado. Os dados foram obtidos de bancos de dados oficiais e revelaram que houve um aumento de 881,82% de ESB no período estudado, entretanto com uma cobertura em 2009 de apenas 54,33%, e com uma distribuição desigual das equipes. Assim, concluíram pela necessidade de aumentar cobertura, resolutividade e qualidade das ações.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo com enfoque retrospectivo sobre as ESB na Estratégia Saúde da Família em todos os municípios do Estado do Amazonas (62).

As informações referentes aos números de municípios com ESB implantadas, tipo de modalidade I ou II (CD + ASB ou CD + ASB + TSB), ano de habilitação, bem como cobertura populacional foram obtidas a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e DATASUS.

Para descrever as características do objetivo proposto foi utilizado o espaço territorial do Estado do Amazonas segundo a Constituição Estadual que congrega os 62 municípios em nove sub-regiões e um centro regional – Manaus (AMAZONAS, 2003), a saber:

1. Sub Região: Região do Alto Solimões

Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Tabatinga e Tonantins.

2. Sub Região: Região do Triângulo Jutaí/Solimões/Juruá

Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutaí, Maraã, Tefé e Uarini.

3. Sub Região: Região do Purus

Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.

4. Sub Região: Região do Juruá

Carauari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itamarati e Guajará.

5. Sub Região: Região do Madeira

Borba, Humaitá, Manicoré, Novo Aripuanã e Apuí.

6. Sub Região: Região do Alto Rio Negro

Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira.

7. Sub Região: Região do Rio Negro/ Solimões

Anamá, Anori, Autazes, Beruri, Caapiranga, Careiro, Careiro da Várzea, Coari, Codajás, Iranduba, Manacapuru, Manaquiri, Novo Airão e Rio Preto da Eva.

8. Sub Região: Região do Médio Amazonas

Itacoatiara, Itapiranga, Maués, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Silves e Urucurituba.

9. Sub Região: Região do Baixo Amazonas

Barreirinha, Boa Vista dos Ramos, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Urucará.

10. Centro Regional Manaus

O período de abrangência do estudo foi desde 2001, ano em que foi instituído pelo Ministério da Saúde incentivo financeiro para o município que incorporasse ESB na Estratégia Saúde da Família, até 2011. Estão incluídos no estudo os municípios que possuem ESB em atividade e excluídos os municípios que não possuem ESB implantadas, que tiveram ESB descredenciadas em sua totalidade, sem informação por um período de três anos seguidos e que tenham menos de um ano de implantação.

A análise estatística operacionalizada foi exploratória e descritiva com apresentação de proporções e porcentagens.

Para analisar a cobertura, calculou-se o percentual de cobertura populacional potencial. Essa opção justificou-se pelo fato da Estratégia Saúde da Família, originalmente ser destinada a uma parcela da população, e atualmente representar o modelo de atenção primária indicado no país para toda a população. Este indicador é chamado de cobertura potencial em função de representar os recursos disponíveis para atender a população para a qual se destina e não para a qual efetivamente utilizou o serviço. A cobertura

potencial foi categorizada em alta (maior que 70%), média (entre 50% e 70%) e baixa (menor que 50%) (HENRIQUE et al, 2008).

Para o cálculo da cobertura populacional potencial, utilizou-se a proposta do Ministério da Saúde, na qual o número de residentes no município se dá de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pela fórmula:

$$\text{Cobertura populacional potencial} = \frac{\text{Número de equipes} \times 3.450}{\text{Número de residentes no Município}} \times 100$$

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo dados do IBGE, a população do estado do Amazonas em 2011 era de 3.483.985 habitantes distribuídos em 62 municípios, sendo que em Manaus concentra-se 1.861.838 habitantes (53,43%).

De acordo com dados obtidos por meio do CNES no período de 2001 a 2011 foram implantadas 348 ESB na Estratégia Saúde da Família nos municípios amazonenses (Figura 1). Observou-se oscilações no período pesquisado, o ano de 2007 foi o mais expressivo com 64 ESB implantadas e o ano de 2008 o menor com 7 ESB implantadas. Os achados do presente estudo estão de acordo com o estudo de Viana et al (2011) em Pernambuco observando também um aumento de ESB no período estudado.

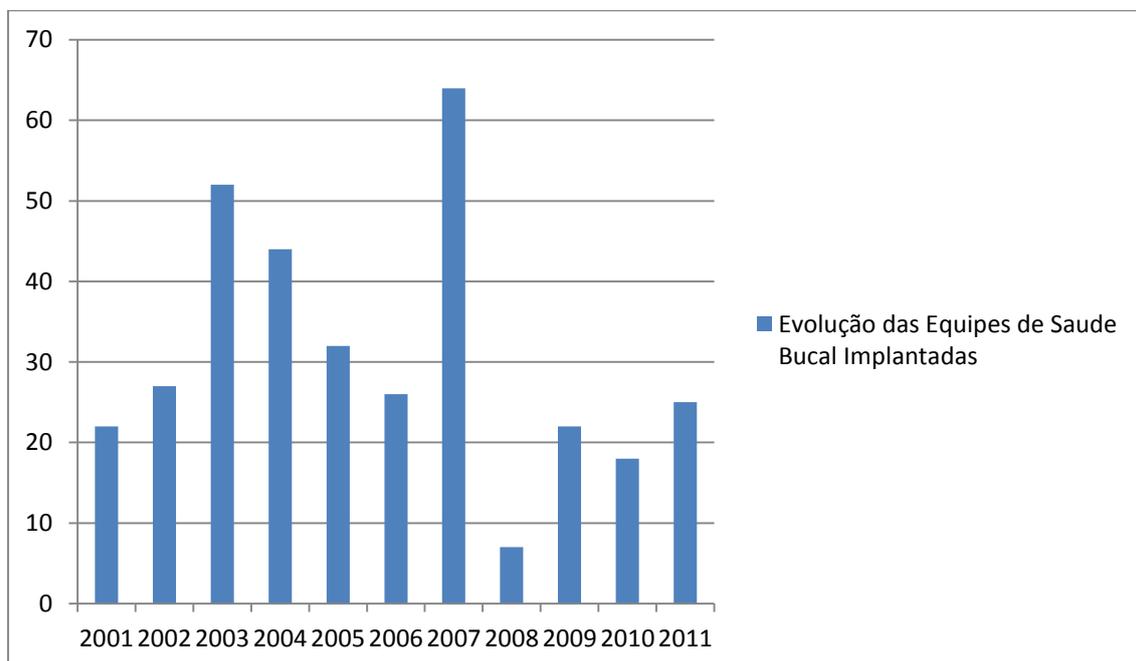


Figura 1 – Número de equipes de Saúde Bucal implantadas por ano no estado do Amazonas no período de 2001 a 2011.

Fonte: CNES, 2012.

O número de ESB (348) e modalidades encontradas nos municípios amazonenses utilizando o espaço territorial segundo a Constituição Estadual que os congrega em nove sub-regiões e um centro regional – Manaus estão expressos na Tabela 1. As sub-regiões do Amazonas possuem modalidades I e II, porém as regiões do triângulo Jutaí/ Solimões/ Juruá ; Região do Madeira e Centro regional – Manaus , não possuem ESB com modalidade tipo II (CD + ASB + TSB). Os achados do estudo estão de acordo com os dados do Brasil onde há o predomínio de equipes implantadas na modalidade I (19.492) e 1.933 na modalidade II, e uma cobertura de 46,6% (BRASIL, 2011).

<b>Sub-regiões e Centro Regional/Modalidade ESB</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
<b>1. Região do Alto Solimões</b> Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Tabatinga e Tonantins.	18	1
<b>2. Região do Triângulo Jutaí/Solimões/Juruá</b> Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutaí, Maraã, Tefé e Uarini.	22	3
<b>3. Sub Região: Região do Purus</b> Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.	11	5
<b>4. Sub Região: Região do Juruá</b> Carauari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itamarati e Guajará.	16	1
<b>5. Sub Região: Região do Madeira</b> Borba, Humaitá, Manicoré, Novo Aripuanã e Apuí.	26	0
<b>6. Sub Região: Região do Alto Rio Negro</b> Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira.	7	3
<b>7. Sub Região: Região do Rio Negro/ Solimões</b> Anamá, Anori, Autazes, Beruri, Caapiranga, Careiro, Careiro da Várzea, Coari, Codajás, Iranduba, Manacapuru, Manaquiri, Novo Airão e Rio Preto da Eva.	56	16
<b>8. Sub Região: Região do Médio Amazonas</b> Itacoatiara, Itapiranga, Maués, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Silves e Urucurituba.	39	3
<b>9. Sub Região: Região do Baixo Amazonas</b> Barreirinha, Boa Vista dos Ramos, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Urucará.	10	10
<b>10. Centro Regional Manaus</b>	68	0

Tabela 1 – Número de ESB divididas quanto ao tipo de modalidade no espaço territorial do estado do Amazonas no período de 2001 a 2011.

Fonte: Constituição Estadual do Amazonas, 2003; CNES, 2012.

Ainda em relação a modalidade, 87,25% correspondiam a Modalidade I (Cirurgião Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal) e 12,15% correspondiam a Modalidade II (Cirurgião Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal) (Figura 2).

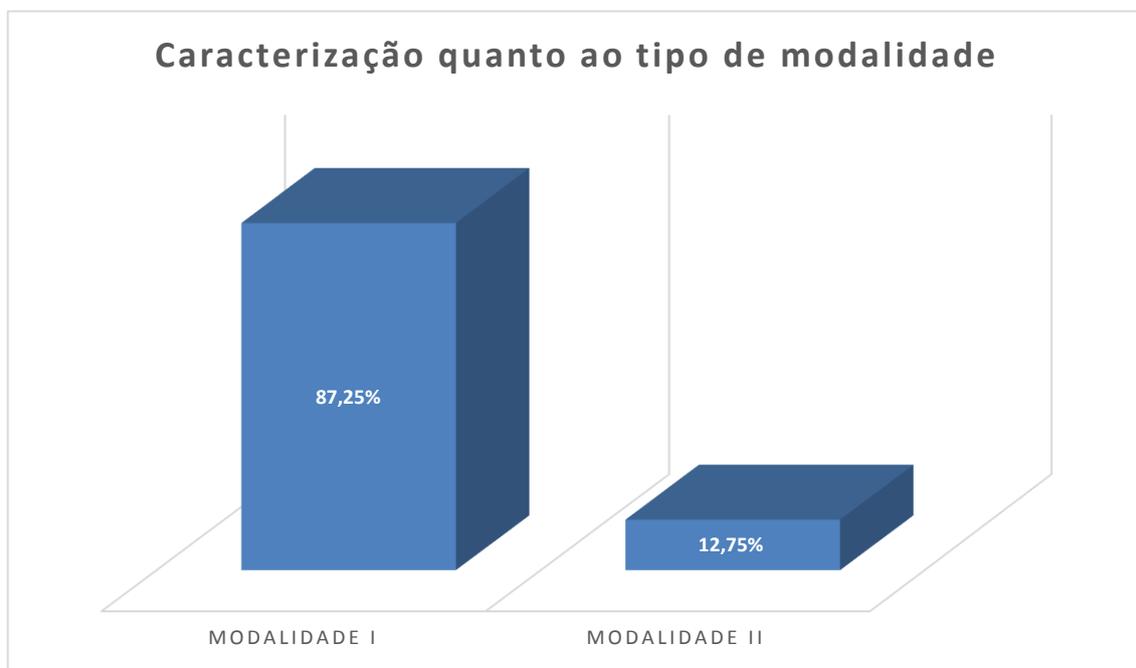


Figura 2 – Percentual da classificação quanto a modalidade das equipes de saúde bucal no ano de 2001 a 2011 no estado do Amazonas.

Fonte: CNES, 2012.

A cobertura populacional foi caracterizada em alta (maior que 70%), média (entre 50% a 70%) e baixa (menor que 50%). Dentre os municípios estudados, 58% apresenta uma baixa cobertura, 25% média cobertura e 17% uma alta cobertura populacional (Tabela 2 por município e Tabela 3 por sub-regiões). Os achados do presente estudo diferem dos dados do estudo de Henrique et al. (2008) em Santa Catarina, que encontraram uma cobertura populacional alta nos anos de 2001 e 2004.

Classificação da cobertura populacional por municípios	Municípios
Baixa	Atalaia do Norte, Itacoatiara, Benjamin Constant, Silves, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Urucurituba, Tabatinga, Boa Vista do Ramos, Tonantins, Urucará, Fonte Boa, Parintins, Jutai, Maraã, Manaus, Tefé, Uarini, Tapauá, Manaquiri, Carauari, Eirunepé, Manacapuru, Envira, Ipixuna, Manicoré, Novo Aripuanã, Coari, Apuí, Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro, Beruri, Careiro, Careiro da Várzea, Barreirinha, Nhamundá, Codajás, Alvarães
Média	Juruá, Boca do Acre, Lábrea, Novo Ayrão, São Sebastião do Uatumã, Pauini, Anamã, Humaitá, São Gabriel da Cachoeira
Alta	Amaturá, Itapiranga, Japurá, Presidente Figueiredo, Itamarati, Guajará, Rio Preto da Eva, Borba, Iranduba, Anori, Autazes

Tabela 2: Classificação da cobertura populacional por municípios do Estado do Amazonas

Sub – regiões e Centro Regional	Cobertura Populacional (%)	Classificação
1. Região do Alto Solimões Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Tabatinga e Tonantins.	35,99%	Baixa
2. Região do Triângulo Jutai/Solimões/Juruá Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutai, Maraã, Tefé e Uarini.	41,32%	Baixa
3. Região do Purus Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.	42,55%	Baixa
4. Região do Juruá Carauari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itamarati e Guajará	49,8%	Baixa
5. Região do Madeira Borba, Humaitá, Manicoré, Novo Aripuanã e Apuí.	50,18%	Média
6. Região do Alto Rio Negro Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira.	36,95%	Baixa
7. Região do Rio Negro/ Solimões Anamã, Anori, Autazes, Beruri, Caapiranga, Careiro, Careiro da Várzea, Coari, Codajás, Iranduba, Manacapuru, Manaquiri, Novo Airão e Rio Preto da Eva.	58,57%	Média
8. Sub Região: Região do Médio Amazonas Itacoatiara, Itapiranga, Maués, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Silves e Urucurituba.	62,8%	Média
9. Sub Região: Região do Baixo Amazonas Barreirinha, Boa Vista dos Ramos, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Urucará.	40,2%	Baixa
10. Centro Regional Manaus	21,9%	Baixa

Tabela 3- Média da cobertura populacional encontrada por Sub- Região do Amazonas no ano de 2011.

A inclusão da odontologia nas ações da atenção básica permitiu segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal vislumbrar "... uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta as demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo...". Afirma que em todo esse tempo, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, ouve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil. No entanto, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos (VIANA et a, 2012).

## CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo permitem concluir:

1. Evolução positiva das Equipes de Saúde Bucal nos municípios amazonenses;
2. Implantação das Equipes de Saúde Bucal em 58 (93,55%) municípios amazonenses;
3. Predomínio da modalidade tipo I;
4. Baixa cobertura populacional (65,52%) pelas Equipes de Saúde Bucal no Estado do Amazonas.

## REFERÊNCIAS

AMAZONAS. Secretária de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Estado Amazonas. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 267 de 06 de março de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006.

DIAS, A. A. Saúde Bucal coletiva e legislação a luz do programa saúde da família. In: DIAS, A. A. (Org). **Saúde bucal coletiva metodologia do trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006.

FARIAS, M. V.; MOURA, E. R. F. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema no Ceará. **Rev Odontol UNESP**, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.

HENRIQUE, F. et al., Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4): 809-819, abr, 2008.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde colet.**, v.14, Supl. 1, p. 1367-1377, 2009

REIS, C. et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciênc. saúde colet.**, v. 14, n. 4, p. 1287-1295, 2009.

RODRIGUES, A. A. O; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção a saúde bucal o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Ba. **Rev. baiana saúde pública**, v. 29, n. 2, p. 273-85, 2005.

SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil 2002 a 2005. **Ciênc. saúde colet.**, v.16, n. 1, p. 211-220, 2011.

SOARES, F.F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.

SOUZA, T. M. S; RONCALLI, A. G Saúde Bucal no Programa Saúde na Família uma avaliação no modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-39, nov. 2007.

VIANA, I. B.; MARTELLI, P. J. L.; PIMENTEL, F. C. Análise da evolução das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco no período de 2001 a 2009. **Int J Dent**, v.10, n. 4, p. 242-248, 2011.