

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE –
MESTRADO**

MURIEL STEIN PEZZINI

**ACESSO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

CASCAVEL-PR

(03/2021)

MURIEL STEIN PEZZINI

**ACESSO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

Linha de pesquisa: Práticas e Políticas de saúde.

Orientadora: Maria Lucia Frizon Rizzotto

CASCAVEL-PR

(03/2021)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Sa Stein Pezzini, Muriel
ACESSO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL:
ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
(PMAQ-AB) / Muriel Stein Pezzini; orientadora Maria
Lucia Frizon Rissotto. -- Cascavel, 2021.
126 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de
Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do
Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde,
2021.

1. Políticas de Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção
Básica. 4. PMAQ-AB. I. Frizon Rissotto, Maria
Lucia, orient. II. Título.

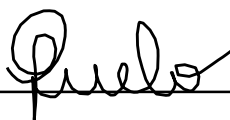
MURIEL STEIN PEZZINI

**ACESSO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora.:



Orientador: Prof. Dra. Maria Lucia Frizzon Rissotto
UNIOESTE



Prof. Dra. Mariângela Monteiro de Melo Baltazar
UNIOESTE



Prof. Dra. Marcia Helena Baldani Pinto
UEPG

CASCADEL-PR

(03/2021)

DEDICATORIA

Às vitórias de um ano com tantas perdas!

“We'll keep on fighting
'Til the end”

AGRADECIMENTOS

À coragem de seguir o caminho que se acredita.

À minha família, Pai, Mãe e Irmão, todo meu amor.

À minha orientadora, Professora Maria Lucia Frizon Rizzotto, pela maestria com que conduziu nossa relação. Exemplo e referência.

À banca, Professoras Marcia Baldani e Mariângela Baltazar, pelas sábias contribuições.

Ao meu parceiro de trajetórias, aprendizados e conquistas, Alex.

Às amigas Italoema, Angela, Alana e Bárbara, que foram alegria no caminho.

À todas as professoras do programa, que são inspiração.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

PEZZINI, M.S. Acesso e integralidade na saúde bucal no Brasil: análise a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 95. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

A presente pesquisa de natureza quantitativa, teve como objetivo geral analisar a evolução da assistência odontológica nas regiões do Brasil, em relação ao acesso e integralidade da atenção, a partir dos dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O programa foi implantado em 2011 e consistiu uma proposta de mudanças no funcionamento e oferta da Atenção Básica, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Os três ciclos ocorreram nos anos de 2011-2012, 2013-2014 e 2015-2018. Uma das fases do programa foi a avaliação externa, na qual profissionais de saúde e usuários responderam um questionário relativo ao processo de trabalho das equipes de referência, entre outros aspectos. Para realizar uma comparação válida foram selecionadas questões da avaliação externa, formuladas da mesma forma nos diferentes ciclos do programa, em um total de 18. Sobre o acesso foi analisada a inserção das Equipes de Saúde Bucal com base no total de equipes participantes dos três ciclos, e foram selecionadas três variáveis do primeiro e terceiro ciclo respondidas pelos usuários. Sobre integralidade foram selecionadas 14 variáveis, dos três ciclos do programa, respondidas pelos profissionais de saúde bucal. A amostra sobre acesso foi composta por 17.202 equipes no primeiro ciclo, 29.778 no segundo e 37.350 no terceiro, e por 46.362 usuários do primeiro e 62.161 do terceiro, a amostra sobre integralidade se consistiu 12.403 Equipes de Saúde bucal no primeiro ciclo, 18.364 no segundo e 22.993 no terceiro ciclo. Os dados foram coletados no site do Ministério da Saúde, agrupados por regiões do País, apresentados na forma de tabelas e gráficos e analisados por estatística descritiva (testes Qui-quadrado e Marascuilo). Entre os resultados observou-se: redução na proporção de equipes com saúde bucal no País de 72,1% no primeiro ciclo para 61,7% no segundo e 61,6% no terceiro ciclo, com os maiores valores nas regiões Nordeste 85,5% e Centro Oeste 83,4% no primeiro ciclo; crescimento no agendamento de primeira consulta de 56,0% no primeiro ciclo para 92,0% no terceiro; elevado atendimento à demanda espontânea, com valores superiores a 96,0% no terceiro ciclo em todas as regiões. A existência de atendimento especializado foi menor que 71,0% em todas as regiões no último ciclo e a referência de estomatologia apresentou os maiores índices de crescimento, sendo 18,0% no Brasil do primeiro para o último ciclo. Conclui-se que ocorreram mudanças no perfil dos serviços odontológicos na atenção básica e que as características socioeconômicas, o processo de trabalho e o modelo assistencial de cada região refletem na cobertura, qualidade e utilização dos serviços odontológicos. As regiões onde a Estratégia Saúde da Família está mais consolidada e com maior cobertura, mostram resultados mais favoráveis à atenção em saúde bucal.

Palavras-Chaves: PMAQ-AB. Saúde Bucal. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

PEZZINI, M.S. Access and integrality in oral health in Brazil: analysis based on data from the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). 95. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

The present study, which is of quantitative approach, seeks to analyze the evolution of oral health within Brazil's Primary Health Care, regarding the access to services and the integrality of attention based on data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). The program was implemented in 2011 and consists of a proposal for changes in the functioning and offer of Primary Care, with the aim of upgrading health services accessibility and the quality of them. Three cycles have been concluded up to this moment, which took place in the years 2011-2012, 2013-2014 and 2015-2018, respectively. One of the phases of the program is the external evaluation, in which health professionals and users answer a questionnaire related to the work process of reference teams. In order to make a valid comparison, questions from the external evaluation were selected and formulated in the same way in different cycles of the program, producing a total of 18. In relation to access, the insertion of Oral Health Teams was analyzed based on the total number of participating teams in the three cycles, and three variables from the first and third cycles answered by the users were selected. With regard to integrality, 14 variables were selected from the program's three cycles, which were answered by oral health professionals. The access sample was composed of 17.202 teams in the first cycle; 29.778 in the second; and 37.350 in the third one; and of 46.362 users of the first cycle and 62.161 of the third one. The integrality sample was composed of 12.403 Oral Health Teams in the first cycle, 18.364 in the second cycle and 22.993 in the third one. Data were collected on the website of the Ministry of Health, grouped by region, presented in the form of tables graphs and analyzed according to Chi-square and Marascuilo Tests. Among the results, there was a reduction in the proportion of teams with oral health in the country from 72.1% to 61.7% and 61.6%, with the highest values in the Northeast (85.5%) and Central-West regions (83.4%) in the first cycle; and growth in scheduling a first appointment from 56,0% to 92,0%. High attendance to spontaneous demand, with values above 96,0% in the third cycle in all regions. The existence of specialized care was less than 71,0% in all regions in the last cycle and the stomatology reference showed the highest growth rates, 18,0% in Brazil. It is concluded that there were changes in the profile of dental services in Primary Care and that the socioeconomic characteristics, the work process and the healthcare model of each region are reflected in the coverage, quality and usage of dental services. The regions where Family Health Strategy is applied more intensely display more favorable results when it comes to oral health care.

Keywords: PMAQ-AB. Oral health. Health services accessibility. Primary health care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Variáveis relativas ao acesso aos serviços de odontologia. Brasil, 2020_____	50
Quadro 2. Variáveis relativas à integralidade da atenção em odontologia. Brasil, 2020_____	51
Tabela 1. Tabela 1. Distribuição das equipes (eAB e eSF) participantes do PMAQ-AB, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020_____	48
Tabela 2. Distribuição de usuários, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020_____	49
Tabela 3. Distribuição de equipes de saúde bucal, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020_____	49
Tabela 4. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V1, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	54
Tabela 5. Tempo médio de espera para consultas, em dias. Dados relativos à variável V2 segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	55
Tabela 6. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V3, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	55
Tabela 7. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V4, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	56
Tabela 8. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V5, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	64
Tabela 9. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V6, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	65

Tabela 10. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V7, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	66
Tabela 11. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V8, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	66
Tabela 12. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V9, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020_____	67
Tabela 13. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V10, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	68
Tabela 14. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V11, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020__	69
Tabela 15. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V12, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020__	70
Tabela 16. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V13, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020__	70
Tabela 17. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V14, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	71
Tabela 18. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V15, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	72
Tabela 19. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V16, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	73
Tabela 20. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V17, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	73
Tabela 21. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V18, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020____	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cobertura de ESB no Atenção Básica no Brasil e por regiões, abril de 2020. Brasil, 2020_____	26
Gráfico 2. Cobertura da Atenção Básica no Brasil e por regiões, em julho de 2007 e julho de 2020. Brasil, 2020_____	30
Gráfico 3. Cobertura populacional de eSF e eSF com ESB na Atenção Básica no Brasil e por regiões, em abril de 2020. Brasil, 2021_____	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACE- Agente de Controle de Endemias
AMAQ - Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONAS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CPO-D - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DAB- Departamento de Atenção Básica
eAB- Equipe de Atenção Básica
ESB- Equipe de Saúde Bucal
eSF- Equipe Saúde da Família
ESF- Estratégia Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IEP- Instituição de Ensino e Pesquisa
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA - Instituto de Planejamento Econômico e Social
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PABF - Piso de Atenção Básica Fixo

PABV - Piso de Atenção Básica Variável

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ-AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional em Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAS- Redes de Atenção à Saúde

SESP- Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UF- Unidade Federativa

SUMÁRIO

1. Introdução _____	16
2. Objetivos _____	21
2.1 Objetivo geral _____	21
2.2 Objetivos específicos _____	21
3. Revisão de Literatura _____	22
3.1. Atenção em saúde bucal: breve histórico _____	22
3.2. Atenção Básica no Brasil _____	27
3.2.1. Acesso aos serviços de saúde _____	32
3.2.2. Integralidade da atenção _____	34
3.3. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica _____	38
3.3.1. Estratégias de ação _____	40
3.3.2. Fases do PMAQ-AB _____	44
4. Metodologia _____	48
4.1. Tipo de pesquisa _____	48
4.2. Universo _____	48
4.3. Coleta de dados _____	49

4.4. Sistematização_____	51
4.5. Aspectos éticos_____	52
5. Resultados e Discussão_____	53
5.1. Acesso aos serviços de odontologia_____	53
5.1.1. Oferta de serviços odontológicos_____	53
5.1.2. Agendamento_____	54
5.2. Integralidade da atenção em odontologia_____	63
5.2.1. Garantia de atendimento_____	63
5.2.2. Procedimentos realizados na unidade básica____	65
5.2.3. Atendimento especializado_____	69
6. Considerações finais_____	85
7. Referências_____	87
8. Apêndice_____	100
8.1 Artigo_____	100

1. INTRODUÇÃO

As condições de saúde bucal são consideradas um problema de saúde coletiva, tendo em vista sua prevalência e grande impacto social. Estudo de Listl et al. (2015) mostrou que, no mundo, os gastos estimados com o tratamento de doenças bucais, em 2010, foram de cerca de 298 bilhões de dólares, sendo esse valor 4,6% dos gastos globais com saúde. Estes somados aos custos indiretos como falta ao trabalho e perda de produtividade, chegariam a 442 bilhões de dólares.

Os problemas bucais estão diretamente ligados aos determinantes sociais e econômicos. Estudos mostraram que a maioria das lesões de cárie estão concentradas em grupos que vivem em condição de pobreza relativa ou absoluta (SCHWENDICKE et al., 2015). A baixa condição socioeconômica está diretamente relacionada com uma pior saúde periodontal na vida adulta (CELESTE; OLIVEIRA; JUNGES, 2019). Como consequência, populações com piores condições apresentam maior chance de perda dentária (SEERIG et al., 2015).

No Brasil a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde, tendo grande relação com escolaridade, renda e condição socioeconômica (COSTA et al., 2018).

Apesar da relevância das condições bucais, por longo período a odontologia foi estruturada em um atendimento basicamente curativo, tanto em consultórios particulares quanto nos serviços públicos, fragmentada, composta por ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas sobretudo aos escolares. A abordagem era individual sem preocupação em realizar um diagnóstico populacional, programação e planejamento de ações que considerassem as principais necessidades (NARVAI, 2006).

Durante a 7^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1980, os serviços odontológicos foram citados em debates, definidos como ineficientes

e ineficazes, de caráter monopolista, curativos e de baixa cobertura. Dados do final da década de 1990 comprovaram a precariedade da atenção à saúde bucal, onde escolares na faixa etária dos 12 anos apresentavam índice CPO-D (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) de 6,7 e 72,0% da população urbana na faixa de 50-59 anos já haviam extraído todos os dentes de pelo menos uma arcada (CHAVES et al., 2017).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, a saúde bucal se deparou com o grande desafio de se reestruturar para responder aos princípios e diretrizes do sistema. Passou, então, a receber maior importância quando se falava de qualidade de vida da população, necessitando estratégias que ampliassem os mecanismos de ação e eficácia, resultando em mudanças no perfil epidemiológico do País (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A busca pelo direito à saúde bucal, assim como aos outros serviços de saúde está diretamente ligada à melhoria de condicionantes sociais, políticos e econômicos. O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada de março a julho de 2004, destacou que “as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social [...] o enfrentamento dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes” (BRASIL, 2005, p. 7- 8).

No Brasil, os serviços de saúde avançaram com o SUS e com a ampliação da Atenção Básica (AB) como principal meio de efetivação do sistema, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um dos principais fatores desses avanços. A inclusão da odontologia na AB e a implementação política, resultaram em dados importantes. No levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, se observou uma redução do CPO-D entre escolares que era de 6,7 nos anos de 1990 para 2,07, porém o índice de edentulismo ainda permaneceu elevado, sendo 53,7% dos brasileiros entre 65 e 74 anos, considerados desdentados (CHAVES et al., 2017).

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, criada em 2004, marcou a inserção mais efetiva da odontologia dentro dos serviços do SUS. Pretendendo romper com o modelo até então dominante, a política firmou o

reconhecimento das necessidades da população, a integralidade do cuidado e o fortalecimento da AB (CARRER et al., 2019).

Em estudo realizado por Scherer (2015) os principais avanços referentes ao trabalho em saúde bucal no SUS envolveram as ações educativas, ações de educação permanente, acesso e acolhimento, vínculo e responsabilização. As principais dificuldades e desafios estavam relacionados à integralidade, ampliação e qualificação da assistência, trabalho em equipe, planejamento, monitoramento e avaliação das ações e condições de trabalho.

No presente estudo tomou-se como objeto o acesso e a integralidade da atenção. O acesso universal e contínuo é característica marcante do SUS, é o princípio que cerca o direito aos serviços de saúde. Está relacionado com a capacidade da população em chegar aos serviços de atenção em saúde. A integralidade, definida no âmbito da organização das redes, consiste na garantia que o usuário tenha acesso ao tratamento que for necessário independentemente do nível de complexidade (BRASIL, 2012).

Estando clara a influência direta que as condições de saúde bucal exercem na sociedade, e como por muito tempo não foram tratadas com a devida importância e planejamento, cabe o questionamento referente a evolução dos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS.

Em 2011, com o objetivo de realizar uma gestão pública baseada na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Juntamente com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), iniciou amplo processo de aliança entre trabalhadores, gestores e usuários, para a introdução de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços deste nível de atenção, acompanhado de uma avaliação e certificação que associa repasses de recursos financeiros de acordo com o desempenho alcançado pela equipe (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). Desde então foram realizados três ciclos completos do programa (2011-2012, 2013-2014 e 2015-2018), cujos dados estão disponíveis para acesso público no site do MS.

O PMAQ-AB fez parte de um conjunto de programas e ações chamado “Saúde mais perto de você” e trazia como principais objetivos a melhoria do

acesso e da qualidade de todos os serviços da AB, a institucionalização da cultura de avaliação da atenção em saúde, juntamente com a possibilidade de desenvolver um padrão de qualidade para comparação nacional, regional e localmente, permitindo transparência, direcionamento e efetividade das ações voltadas à AB (BRASIL, 2011).

Durante o processo de avaliação externa, por meio de instrumentos específicos, foram coletadas informações sobre cinco dimensões. Dimensão I relacionada à gestão municipal, dimensão II sobre estrutura e condições de funcionamento da UBS, dimensão III valorização do trabalhador, dimensão IV sobre o acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho, e por último dimensão V que aborda acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2017).

Cada dimensão foi composta de questionamentos que se relacionavam com os princípios e diretrizes que o programa prevê. Todos os fatores avaliados acabaram em algum momento se cruzando, trazendo informações relevantes sobre determinado critério em todas as dimensões (BRASIL, 2017).

Vários artigos foram publicados com base nos dados do primeiro e ou do segundo ciclo do PMAQ-AB, mas nenhum trabalho publicado até o momento, abordou os dados dos três ciclos do programa. Assim, definiu-se como pergunta de pesquisa: A implementação do PMAQ-AB demonstrou mudanças, ao longo do tempo, no que se refere aos princípios do acesso e integralidade na saúde bucal nas diferentes regiões do País?

A hipótese é de que houve avanços ao longo do período, resultado do processo de avaliação externa prevista no programa, que analisava a disponibilidade de materiais e equipamentos, o processo de trabalho das equipes e a opinião dos usuários do serviço, cujos resultados impactavam na quantidade de recursos financeiros repassados aos municípios.

A dissertação está estruturada a partir de uma introdução (item 1) onde contextualiza-se o problema de investigação, apresenta-se a pergunta de pesquisa e a hipótese inicial. No item 2 explicitam-se o objetivo geral e os específicos. A revisão de literatura (item 3) é composta pelos seguintes temas: atenção em saúde bucal, Atenção Básica no Brasil, acesso aos serviços de saúde, integralidade da atenção e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso

e da Qualidade da Atenção Básica. A metodologia é detalhada no item 4, seguida dos resultados e discussão (item 5) divididos em dois blocos: acesso aos serviços de odontologia e integralidade da atenção em odontologia, no item 6 apresentam-se as conclusões e por fim as referências bibliográficas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a evolução da assistência odontológica nas regiões do Brasil, em relação ao acesso e integralidade da atenção, a partir dos dados dos três ciclos do PMAQ-AB.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Verificar a inserção dos serviços odontológicos na Atenção Básica, dentro das equipes participantes do PMAQ-AB;

2.2.2 Investigar a evolução do acesso à saúde bucal nos serviços de Atenção Básica brasileiro, a partir de dados do PMAQ-AB relativos as variáveis: agendamento de consultas de odontologia, tempo de espera e agendamento de retorno;

2.2.3 Identificar a evolução da integralidade da atenção nos serviços de saúde bucal no País, a partir de dados do PMAQ-AB com base nas variáveis: atendimento à demanda espontânea, procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde, continuidade de tratamento e atendimento especializado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção em saúde bucal: breve histórico

Assim como outros serviços de saúde que se iniciaram no século XX, previamente à implantação do SUS, a assistência odontológica estava vinculada ao setor privado, restrito à classe trabalhadora contribuinte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), estruturando-se com base no modelo assistencial biomédico (VIRMONT, 2006).

Na década de 1950, o Sistema Incremental de atendimento odontológico, oferecido pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) começou a estabelecer ações programadas e sistemáticas, quebrando o sistema de atendimento em livre demanda, até então hegemônico. Foi criado com o objetivo de atender a demanda acumulada de populações definidas, para posterior controle e manutenção. Nesse período ocorreu grande crescimento dos tratamentos curativos aos escolares na faixa etária de 9 a 14 anos, por ser considerada faixa de risco para cárie dentária. As atividades preventivas oferecidas pelo MS se restringiam à fluoretação da água e aplicação tópica de flúor para populações que não tinham acesso à água tratada. Essas características acabaram caminhando para um atendimento excludente e de caráter apenas curativo (ZANETTI et al., 1996).

Pela deficiência pontuada, surgiram entre as décadas de 1960 e 1980, outros modelos de assistência como a Odontologia Integral ou Incremental Modificada, modelo esse que destacou a necessidade da prevenção, reconheceu a cárie como doença infectocontagiosa, estabeleceu o retorno programado para manutenção e a formação de equipes odontológicas compostas pelo cirurgião dentista, técnico e auxiliar. Surgiram ainda o Programa Inversão da Atenção que buscava romper com o atendimento cirúrgico-restaurador e incluir ações de prevenção, o modelo de Atenção Precoce para atendimento de crianças no primeiro ano de vida, juntamente com ações

educativas e de prevenção para o núcleo familiar (NICHEL; LIMA; DA SILVA, 2008).

Antecedendo a implantação do SUS, reconheceu-se a necessidade de mudança na forma de tratamento, com foco na associação dos procedimentos curativos juntamente com a valorização de ações preventivas (ZANETTI et al., 1996).

A constituição de 1988 foi um marco para as questões que envolvem saúde pública no Brasil, incluindo a saúde bucal, e a partir dela foi concebido o SUS. A luta pela Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), criaram o contexto para que se formulassem os fundamentos do sistema, o qual tem como princípios a universalização, a igualdade, a integralidade e a participação social e como diretrizes organizativas a descentralização, hierarquização e regionalização (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A saúde bucal teve uma inserção gradual no SUS, com seu início marcado pelas Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB). A 1ª Conferência ocorreu em 1986, concomitante a realização da 8ª CNS, na qual foram debatidos assuntos como: a saúde como direito de todos e dever do Estado, diagnóstico de saúde bucal no Brasil, Reforma Sanitária: Inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde e financiamento do setor de saúde bucal. Como resultado da 1ª CNSB, destacou-se a formação de uma postura que buscava envolver a odontologia nos princípios e diretrizes do SUS (NASCIMENTO et al., 2009).

Em união com Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA), o MS realizou, também em 1986, o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal em nível nacional. Dados mostraram a deficiência da assistência odontológica, onde 40% das pessoas com 18 anos já não apresentavam todos os dentes, 72% da faixa etária de 50 a 59 anos havia extraído todos os dentes em pelo menos uma das arcadas, e apenas 1,33% apresentava gengivas saudáveis (BRASIL, 2006).

A 2ª CNSB, ocorreu em 1993, em que estavam presentes representantes do MS, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), profissionais de saúde e dos usuários. Foi marcada por uma intensa cobrança ao governo, em suas diferentes esferas, para com o

compromisso social, diante de piora na qualidade de vida, comprometimento da seguridade social, fatores esses que iam contra as conquistas até então obtidas. Foram debatidos temas que abordavam a saúde bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em saúde bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. Ficou marcada pela intensa participação social, organizada e em luta pelos seus direitos e pela ampliação das políticas de saúde bucal, que na época eram excludentes e ineficazes (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de firmar a AB, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), a principal forma de reorganização da AB no Brasil, tanto nas mudanças do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da territorialização, aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. A odontologia porém, só foi incluída no programa seis anos depois, com a Portaria 1.444 de 28/12/2000 pelo Ministro da Saúde José Serra, buscando aumentar a cobertura de atendimentos odontológicos à população brasileira, a qual era considerada deficiente (BRASIL, 2006).

A Portaria 267 de março de 2001 descreveu os procedimentos realizados no primeiro nível de atenção e a organização das equipes atuantes, sendo elas Modalidade I (cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal) e Modalidade II (cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal, ou dois técnicos). As Equipes de Saúde Bucal (ESB) passaram por uma reestruturação baseada nos princípios e diretrizes do SUS, buscando ampliação do acesso, ações voltadas à integralidade da atenção, intervenção no processo saúde doença e atuação conjunta com os fatores determinantes de saúde (MATTOS et al., 2014).

Baseado nas metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o MS realizou novo levantamento em 2003. Era preconizado que na faixa etária de 18 anos, 80% das pessoas tivessem todos os dentes na boca, o Brasil atingiu o valor de 55%. Na faixa de 65 a 74 anos buscava-se ao menos 50% da população com 20 ou mais dentes na boca, sendo obtido o valor de 10% no País (BRASIL, 2006).

Em julho de 2004 aconteceu a 3ª CNSB, o principal assunto pautado foi: saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social, o qual foi dividido

em tópicos como a educação e construção da cidadania, controle social, gestão participativa e saúde bucal, formação e trabalho em saúde bucal, financiamento e organização da atenção em saúde bucal. O relatório final dessa conferência, trouxe informações referentes à necessidade de políticas intersetoriais, associando tratamentos curativos, ações preventivas, universalidade de acesso e comprometimento do Estado nas três esferas (BRASIL, 2006).

Em busca da colocação da saúde bucal como um fator de qualidade de vida, relatando que essa condição está diretamente relacionada aos fatores de exclusão social e de vida precárias, a efetivação dos serviços odontológicos na AB foi vista como uma possibilidade de romper com o modelo assistencial até então existente (MATTOS et al., 2014).

No contexto da 3^o CNSB, realizada em 2004, ocorreu a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, que foi um marco na história e no desenvolvimento da saúde bucal no País, sendo reconhecida mundialmente como maior programa público de atenção à saúde bucal. Foram estabelecidas diretrizes que buscavam desenvolver ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde bucal, através da reorganização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, além de priorizar ações multidisciplinares e multiprofissionais (SCHERER; SCHERER, 2015).

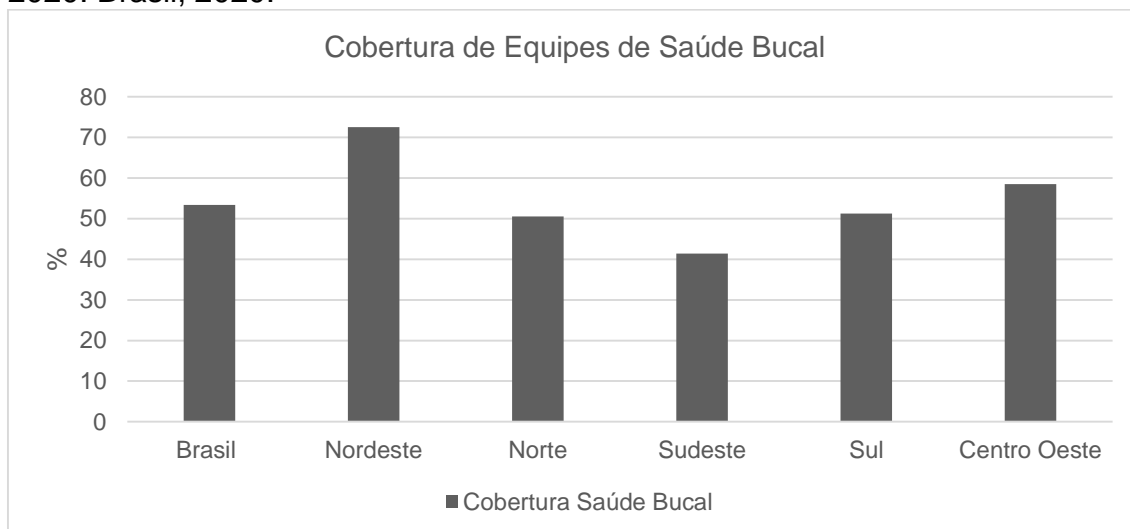
A Política do Brasil Sorridente se iniciou com quatro eixos: ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), criação dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO), ampliação da fluoretação e vigilância da saúde bucal. Faz parte de um conjunto de ações do MS, que busca romper com os padrões de atendimento biomédico, e dissolver as desigualdades e condições de extrema precariedade que se estabeleceram em todo território nacional (PUCCA et al., 2004).

Verificou-se grande crescimento na oferta e cobertura de serviços públicos odontológicos entre 2003 e 2006, entretanto o histórico de desatenção com a saúde bucal no Brasil e de atendimentos odontológicos de baixa complexidade, de caráter curativo e mutilador, conduziu o desenvolvimento de uma população com características bucais muito precárias (CHAVES et al., 2017).

Com o objetivo de analisar a implantação da saúde bucal no âmbito da ESF, estudo realizado por Pinho et al. (2015) constatou que o maior crescimento foi na região Nordeste, possuindo no ano de 2013 48,5% de todas as equipes implantadas no País e o menor na região Norte com 7,8% das equipes.

Segundo o MS, apesar do direcionamento de políticas públicas de saúde bucal, a cobertura dos serviços na AB ainda é insuficiente. Os dados mostraram que em abril de 2020, a cobertura de ESB no Brasil apresentava, conforme gráfico 1, uma maior cobertura nas regiões Nordeste e Centro Oeste, sendo as únicas que ultrapassaram o valor nacional.

Gráfico 1. Cobertura de ESB no Atenção Básica no Brasil e por regiões, abril de 2020. Brasil, 2020.



Fonte: e-Gestor, Ministério da Saúde, 2020.

Pinho et al. (2015) atribuíram a diferença de cobertura às características regionais e às necessidades assistenciais. A região Nordeste, abriga 29% da população nacional e origina 16% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro porém com maiores dificuldades socioeconômicas. A região Centro Oeste envolve o Distrito Federal o qual possui a maior renda per capita do País, em contrapartida 21% da população economicamente ativa é atingida pelo desemprego. Ambas as regiões apresentam maior desenvolvimento acompanhado de uma maior demanda populacional SUS-dependente, sendo necessária maior cobertura na tentativa de suprir as necessidades.

A região Sudeste possui a maior densidade demográfica do País e os maiores centros urbanos. A região Sul apresenta um grande número populacional coberto por planos de saúde privados, ocupa apenas 6,7% do território nacional, maior PIB per capita e melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Fatores esses apontam para uma menor procura e necessidade de utilização dos serviços públicos pela população, sendo coerente que a maior cobertura de serviços corresponda a da região Nordeste, por exemplo (COSTA et al., 2018).

A inclusão e desenvolvimento da saúde bucal dentro dos serviços públicos, principalmente da AB, tem sido de uma evolução significativa, porém após três décadas de implantação do SUS e 16 anos do Brasil Sorridente, ainda observam-se dados que refletem uma odontologia muito reduzida no setor público. Em 2003, 64,4% da população utilizou rede privada de odontologia e apenas 30,7% utilizou o sistema público (PNAD, 2003), em 2008 o valor subiu para 69,6% na rede particular e caiu para 29,7% no SUS (PNAD, 2008). Já em 2013 ocorreu aumento ainda maior de utilização do setor privado, indo para 74,3% e as unidades básicas de saúde bucal ficando com atendimento de 19,6% da população (PNAD 2013) (CHAVES et al., 2017).

A PNSB estabeleceu diretrizes para a saúde bucal com o objetivo de criar fluxos para ações mais resolutivas em todos os níveis de atenção. Propôs ampliação e qualificação da AB através do desenvolvimento de ações de prevenção, aumento e resolutividade do pronto atendimento, execução de procedimentos de maior complexidade, ampliação do acesso e intervenções que busquem a integralidade da atenção. Sendo assim, o desenvolvimento da saúde bucal na AB se constitui em um meio para provocar mudanças e enfrentar um modelo hegemônico de atendimento que ao longo do tempo dificultou o avanço das práticas odontológicas (PIRES; BOTAZZO, 2015).

3.2 Atenção Básica no Brasil

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, é um importante acontecimento para as questões relacionadas aos sistemas de saúde em todo o mundo. Nela foi formulada a

Declaração de Alma-Ata, a qual retratou a existência de grandes desigualdades e lacunas nos sistemas de diferentes países desenvolvidos e em desenvolvimento. Na declaração foi conceituada a Atenção Primária em Saúde (APS) como atenção essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, com acesso garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade. Entendida como o primeiro contato com o sistema de saúde, a APS leva a atenção o mais próximo possível da população, estabelecendo um sistema integrado e permanente de assistência nos níveis de prevenção, promoção, cura e reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A APS tem como atributos: o primeiro contato, sendo porta de entrada do sistema para acompanhamento rotineiro da saúde e em casos de adoecimento; longitudinalidade, continuidade do acompanhamento ao longo da vida independente da presença ou não de doença; integralidade, garantia de acesso a todos os serviços através de encaminhamentos e o entendimento completo do paciente no âmbito orgânico, social e psicológico; coordenação das diversas ações e serviços; orientação para comunidade; centralidade da família, considerando todo o seu contexto e a influência na saúde; e competência cultural, reconhecendo as diferentes necessidades de cada grupo populacional (STARFIELD, 2002).

A Declaração de Alma-Ata foi de conceito amplo, ela apontou a necessidade de sistemas universais, o reconhecimento da saúde como um direito humano, o investimento em políticas públicas para o desenvolvimento de populações excluídas e o entendimento da saúde sendo diretamente influenciada pelos determinantes sociais e econômicos. Apesar das metas da declaração não terem sido integralmente alcançadas, a APS se tornou referência para os movimentos sanitários corridos entre as décadas de 1980 e 1990 (MATTA, 2005).

Entretanto, durante a década de 1980 a concepção de APS para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, passou a referir uma assistência de abordagem seletiva, através de cestas restritas de serviços básicos e de baixa complexidade selecionados pelo caráter custo-efetivo, voltados à população mais pobre, com objetivo de minimizar os reflexos do avanço do capitalismo global. Diante do cenário internacional, o Brasil passou a

designar o termo Atenção Básica para a APS no SUS, buscando romper a proposta política de uma atenção seletiva, e retomar o caráter de sistema universal e integrado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Em 2006 foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que sofreu mudanças apresentando duas novas versões em 2011 e 2017. A política ampliou o conceito de AB, somando os atributos da APS, descrevendo-a da seguinte forma na portaria nº 2436/GM de 21 de setembro de 2017:

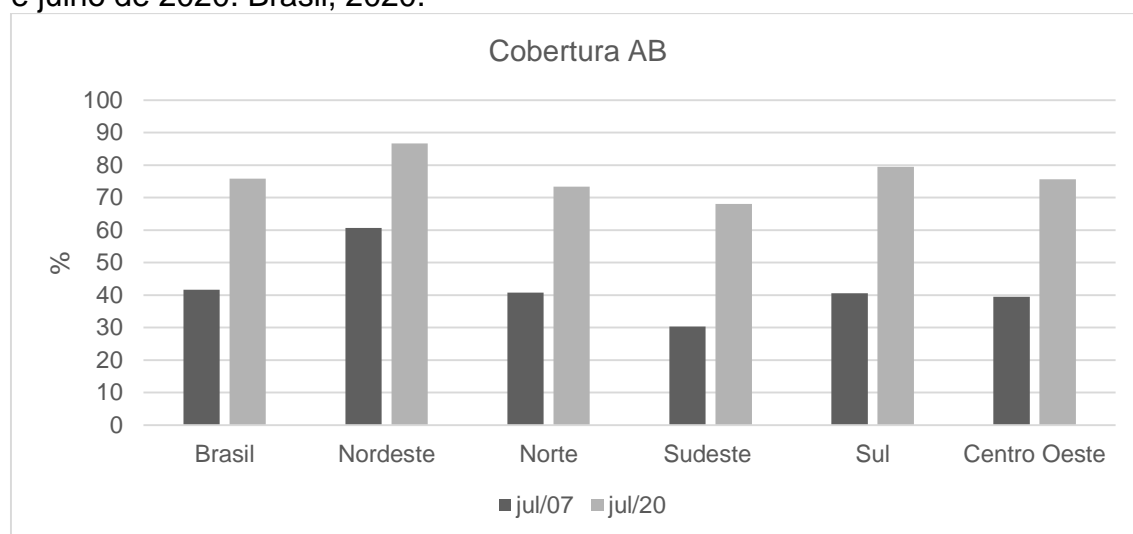
Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017, p. 69).

A AB é marcada por um alto grau de descentralização, acontecendo junto à vida das pessoas, analisando risco, vulnerabilidade e direcionando estratégias às populações de territórios definidos. Com o principal objetivo de desenvolver um cuidado integral, que sofre influência da condição de saúde das pessoas no âmbito individual e dos determinantes e condicionantes coletivos (MENDES, 2010).

A consolidação da AB no Brasil teve seu início marcado por dificuldades e problemas de estrutura física dos serviços, insuficiência e qualificação dos profissionais, acesso oportuno e efetividades das políticas e ações de saúde. Como citado anteriormente, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) como alternativa para qualificação e expansão da AB, favorecendo a reorganização do processo de trabalho e buscando aprofundar os princípios do SUS. O programa se iniciou na região Nordeste e com auxílio do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) chegou a todas as regiões do País. O PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), configurando a principal estratégia de AB do Brasil, que visa, também, mudar o modelo de atenção (FACCHINI et al., 2006).

Como resultado da implementação da PNAB, em 2006, e de novas políticas e programas, o crescimento da cobertura de AB foi considerável, apresentando uma ampliação da distribuição, conforme gráfico 2, no período de julho de 2007 até julho de 2020, onde a cobertura é dada pelo percentual da população coberta por equipes da ESF e por equipes de AB tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional:

Gráfico 2. Cobertura da Atenção Básica no Brasil e por regiões, em julho de 2007 e julho de 2020. Brasil, 2020.



Fonte: e-Gestor, Ministério da Saúde, 2020.

Iniciativas e investimentos federais voltados para a AB justificam o seu desenvolvimento em todo o País. Foram criados programas como o PMAQ-AB, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos. Neves et al. (2018), sugerem que a implantação da ESF favoreceu o aumento da cobertura e efetividade da AB em todas as regiões, influenciado também pela gestão dos municípios e unidades federativas destinando recursos financeiros para investimento neste nível de atenção. A região Sudeste apresentava em 2016 a menor cobertura de ESF com 52%, principalmente o estado de São Paulo, enquanto na região Nordeste 8 a cada 10 pessoas estavam cobertas pela estratégia. Como resultado da implantação pioneira na região, estados como Piauí e Paraíba apresentam cobertura por volta de 90% desde 2006.

No Brasil, as estruturas físicas que representam esse nível de atenção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são localizadas próximas à população facilitando assim o acesso aos serviços. Cada UBS pode ser composta por Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) (MENDES, 2010).

A eSF é formada obrigatoriamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte o agente de combate às endemias (ACE), e os profissionais de saúde bucal. As eAB apresentam a composição mínima obrigatória de médico, enfermeiro e auxiliar e/ou técnico de enfermagem, sendo opcional agregar ACSs, ACEs e profissionais de saúde bucal. Nas duas formas a carga horária cumprida pelos profissionais de saúde bucal é de 40 horas (BRASIL, 2019).

Em relação às ESB existem duas apresentações, já citadas, modalidade I e modalidade II. Independente da modalidade adotada as ESB são vinculadas a uma eAB ou eSF, compartilhando do processo de trabalho da mesma, sendo responsável pelo território e população adstrita (BRASIL, 2019).

Foram elaboradas ações e programas a partir da PNAB de 2011, com o objetivo de complementar e fortalecer a atuação da AB. Dentre elas receberam destaque o Programa de Requalificação da UBS; criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); o Programa Telessaúde Brasil Redes; o Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; Plano Nacional da Educação Médica; Programas de Valorização e Atenção Básica, o PMAQ-AB e o Programa Mais Médicos (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Com a implantação e crescimento da AB como fator de grande importância para a efetivação do SUS, e a saúde bucal como um dos caminhos relevantes para a mesma, os princípios norteadores do sistema passaram a ter cada vez mais importância no processo de trabalho e oferta de serviços de todas as áreas de atenção. Dentre esses, para o presente estudo destacaram-se o acesso aos serviços de saúde bucal e a integralidade da atenção dentro do atendimento odontológico.

3.2.1 Acesso aos serviços de saúde

Acurcio e Guimarães (1996, p.34) definiram acesso como “a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.” Desde o início dos anos de 1970, diversas pesquisas reconheceram acesso aos serviços de saúde como um termo complexo. O conceito de acesso como oportunidade e condição para utilização dos serviços de saúde tem sido amplamente aceito, relacionando diversos elementos que facilitam ou dificultam o mesmo, os quais podem ser classificados em diferentes aspectos justificando tal complexidade (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Dentro do SUS o acesso aos serviços de saúde é um termo amplo que envolve questões políticas, econômicas, sociais, organizativas e técnicas, relacionadas à possibilidade de adentrar ao sistema. Pode ser considerada a primeira etapa a ser superada pelo usuário na busca pelo atendimento, e aborda fatores como a localização da unidade de saúde, disponibilidade de horários e dias de atendimento, realização de consultas sem agendamento e capacidade técnica dos profissionais (JESUS; ASSIS, 2010).

Giovanella e Fleury (1996) discutiram dimensões específicas de acesso que envolvem a relação entre o usuário e o SUS, sendo elas: disponibilidade, relação entre volume e tipo de serviços existentes, volume de usuários e tipo de necessidades; acessibilidade, associação entre localização da oferta e dos usuários, transporte, tempo, distância e custo; adequação funcional, organização da oferta vinculada à conveniência para o usuário; capacidade financeira, referente aos custos dos serviços; e aceitabilidade, inter-relação da atitude dos usuários e trabalhadores na prestação de serviços.

O acesso representa uma característica da organização dos serviços de saúde fundamental para que os princípios do SUS sejam atingidos. Na estruturação do sistema, a AB deve ser preferencialmente o primeiro acesso do usuário (SANTOS, 2008). Para combater as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos, as ESB foram incluídas na ESF e foi reestruturada a Política Nacional de Saúde Bucal, buscando ampliar a oferta de serviços especializados ou não especializados (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2015).

Acesso é o princípio da AB que caracteriza a capacidade de oferecer ou direcionar o serviço de saúde que a população daquele território demanda, independente do seu grau de complexidade, com qualidade e eficiência. De acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 da PNAB, a AB, deve “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p.20).

Muito se relaciona a falta de acesso com os determinantes socioeconômicos, demográficos e do serviço. O aumento do acesso aos serviços de saúde bucal deve acompanhar o incremento de políticas para a redução de desigualdades, juntamente com aumento da oferta de serviços e valorização da prevenção das complicações para as populações com maior dificuldade de acesso (FONSECA; FONSECA; MENEZES, 2015).

No Brasil o acesso universal aos serviços é um dos grandes problemas para a efetivação do SUS. Ao retratar o atendimento odontológico, pesquisa realizada com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, mostrou que grande porcentagem da população relatou nunca ter ido ao dentista com destaque para o estado do Maranhão com 32,3%, Amapá com 30%, Alagoas com 27,3% e Bahia com 29,3% (PINHEIRO; DE TORRES, 2006).

Após 10 anos novo estudo segundo a Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) 2013, mostrou menor acesso à consultas odontológicas nas regiões Norte e Nordeste, onde respectivamente apenas 34% e 37% da população consultou o dentista nos últimos 12 meses. O nível de instrução também apareceu como critério que dificulta o acesso em que, da população sem instrução ou ensino fundamental incompleto apenas 34% consultaram o dentista no último ano, enquanto para população com ensino superior completo esse valor subiu para 65%. O estudo destacou os mesmos resultados para consultas médicas e acesso a medicação (STOPA et al., 2017).

Em 2014, com dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, foram obtidas informações em relação ao acesso onde, em nível nacional, 45,1% dos usuários entrevistados afirmaram conseguir agendamento com o dentista nas UBS, 34,5% não conseguiam e 20,4% nunca procuraram. Foi constatado também nas

regiões Norte e Nordeste baixos percentuais de pacientes que já saíam com a próxima consulta agendada até o final do tratamento, respectivamente, 48,5% e 49,1%, mostrando que o sistema de atendimento por livre demanda ainda é muito presente (CASOTTI et al., 2014).

O acesso aos serviços ainda é um retrato de desigualdades socioeconômicas. A maior quantidade de consultas odontológicas é nas regiões Sul e Sudeste, e a menor na região Norte (STOPA et al., 2017). Relacionando as características pessoais e do meio, o menor acesso aos serviços de saúde bucal atinge homens, idosos, não brancos, de menor escolaridade e moradores de regiões rurais e regiões mais pobres (PINHEIRO; DE TORRES, 2006).

Jesus e Assis (2010) destacaram a grande quantidade de estudos envolvendo o acesso à atenção odontológica, revelando a existência de uma preocupação com a precariedade na oferta de serviços de saúde bucal no SUS. Os autores ainda citaram estudo realizado em um município da Bahia, onde é pontuado a incerteza na qualidade dos serviços como fator que afasta os usuários do sistema, optando sempre que possível pelo atendimento na iniciativa privada.

Bonello e Corrêa (2014) concluíram que a concepção e interpretação que o usuário tem do serviço influenciam diretamente no acesso, sendo baseadas em experiências de atendimentos e nível de satisfação. As experiências positivas de satisfação com o atendimento mostraram ser de grande valia para que os usuários estabeleçam a unidade de saúde como principal ponto de acesso.

Estudo, realizado com base nos dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, o nível de satisfação dos usuários do SUS, no Brasil, era de 76,7%. As regiões Norte e Nordeste obtiveram valores inferiores à porcentagem nacional, sendo 63,2% e 71,5% respectivamente. A região Centro Oeste atingiu o valor de 77,5% de usuários satisfeitos, Sudeste 80,1% e Sul 82,9% (PROTASIO et al., 2017).

3.2.2 Integralidade da atenção

Segundo Paim (1997) a integralidade ansiada pela Reforma Sanitária brasileira para o SUS é de contexto amplo, abordando diversas concepções. A

primeira a ser citada faz referência à integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação juntamente com a garantia da continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Uma segunda definição pode ser relacionada ao completo entendimento da atuação profissional para com o paciente, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Podendo ainda destacar integralidade na articulação de políticas públicas, ações intersetoriais e reformas que exerçam mudanças na condição de vida e saúde da população.

Na portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 da PNAB, integralidade foi entendida como o conjunto de serviços que atendam às necessidades da população no cuidado, promoção e manutenção da saúde, incluindo a responsabilidade pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Para o presente trabalho foi destacada a integralidade relativa ao posicionamento da AB como pilar central na gestão e coordenação do cuidado. Responsável pela construção de vínculo entre usuários e profissionais, a AB deve estabelecer uma relação horizontal, contínua e integrada, articulando todos os serviços disponíveis dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) segundo a necessidade do usuário (MENDES, 2010).

Quando considerada um princípio indispensável do SUS, a integralidade coloca a saúde bucal como parte inerente do cuidado em saúde. Nesse contexto o planejamento das RAS, com análise das necessidades populacionais e a integralidade do cuidado ambiciona o fortalecimento da AB e a articulação com os outros níveis de atenção (CARRER et al., 2019). A integralidade aqui abordada, retratando a integração entre os níveis de atenção, exige uma boa cobertura da AB para possibilitar uma adequada utilização dos serviços de saúde bucal. Esse fato envolve o acesso à atenção, oferta satisfatória de procedimentos e a existência de acompanhamento profissional especializado (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Nas diretrizes da PNSB a integralidade da atenção em saúde bucal deve derivar de um estudo e reconhecimento populacional para uma prática eficiente, tendo início nos serviços curativos realizados dentro da unidade de saúde e abordando as patologias mais prevalentes do território. Questões como a cárie

dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose, edentulismo e má oclusão são os maiores agravos na saúde bucal, refletindo uma integralidade seletiva nos serviços prestados à população (NEVES et al., 2018).

Estudo realizado tendo como base os dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, observou que, dentre todas as equipes de saúde bucal avaliadas, 30,49% não realizavam um ou mais procedimentos odontológicos listados. Outro fato relevante foi a grande diferença de prevalência dos serviços entre as regiões Sudeste e Sul que apresentaram os maiores índices de 79% e 75%, respectivamente, em contrapartida da região Norte com 45% e Nordeste com 63% (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

De grande importância para um fluxo e organização dos serviços, a maior resolutividade da assistência na AB poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, dedicando os recursos aos procedimentos realmente necessários (MENDES, 2010).

Dando continuidade ao princípio da integralidade a PNSB - Brasil Sorridente, favoreceu a estruturação da RAS odontológica através da criação dos CEOs e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs). Também foi incluída atividade do cirurgião dentista dentro dos hospitais, com destaque aos atendimentos de manifestações bucais em pacientes oncológicos, e paciente especiais ou que necessitem de anestesia geral. Além dos níveis de maior complexidade, como forma de envolver a saúde bucal em todos os pontos de atenção, ocorreu a inclusão dos serviços de forma transversal à outras políticas de saúde como a Rede Cegonha, Programa Brasil sem Miséria, Programa Saúde na Escola e Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (CARRER et al., 2019).

Atualmente os CEOs são a principal referência para atendimento especializado. São estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferece serviços gratuitos à população. São realizados no mínimo os seguintes procedimentos: diagnóstico bucal, com ênfase em câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor de tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais, podem ser

incluídos atendimentos de ortodontia/ortopedia e implantodontia (CARRER et al., 2019).

Em estudo onde foram analisados 603 CEOs em todo o Brasil, foi constatado a região Nordeste como a maior portadora de unidades com 36,9%, seguido pela região Sudeste com 36,7%, Sul 14,5%, Centro Oeste 6,5% e com a menor parcela a região Norte, 5,4%. Dados que mostraram crescimento da atenção secundária, porém ainda com grandes disparidades regionais (GOES et al., 2012).

O PMAQ-AB abordou questões relativas à integralidade do atendimento em saúde bucal. Análise realizada com dados do primeiro ciclo do programa em 2012, trouxe informações sobre a garantia de agenda para continuidade do atendimento pelas equipes. A região Norte obteve o menor resultado com 85,1% e a região Sudeste o maior com 93,7%. Sobre a existência de referência para os CEOs no Brasil a porcentagem de respostas positivas atingiu 62,9%, e nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste 60,9%; 58,5%; 67,8%; 64,6%; 52,5%, respectivamente. O tempo de espera em algumas porém foi preocupante, como endodontia por exemplo, 20,2% tiveram intervalo de espera de 365 dias ou mais. Outra especialidade que ganhou destaque pelos resultados apresentados foi a estomatologia, responsável pelo diagnóstico e tratamento de possíveis alterações malignas, 48,3% dos casos esperaram 365 dias ou mais para conseguir a consulta (CASOTTI et al., 2014).

Analisando o estado do Paraná, utilizando os dados do segundo ciclo do PMAQ, constatou-se que a ESB realizou planejamento de ações em conjunto com a eSF em apenas 44,5% das unidades. Em relação à disponibilidade de ofertas de consultas especialidades, 88,17% das unidades relataram possuir. O mesmo destacou o acesso e a continuidade do tratamento. Porém, a integralidade ficou comprometida quando percebeu-se a dificuldade em romper com os padrões tradicionais de funcionamento e atenção (BALDANI et al., 2018).

A revisão de literatura realizada por Heriberto Sanchez (2015) mostrou a necessidade de ampliação do atendimento especializado, devido à demanda expressa pelos usuários em razão da dificuldade de acesso a esse tipo de atendimento. Além da organização dos serviços dos CEOs e da AB, tendo visto que o funcionamento não ordenado dos níveis de atenção favorece o

atendimento de livre demanda e realização de procedimentos básicos pelos centros de especialidade, criando obstáculos para efetivação da integralidade.

3.3 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Brasil busca resgatar as orientações da Declaração de Alma-Ata, através da reorganização do modelo assistencial em torno do caráter universalista. Nesse panorama a efetivação da AB foi a principal mudança, priorizando atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. A expansão da AB influenciou diretamente no aumento do acesso aos serviços de saúde e na melhora dos indicadores de saúde no País. Porém, ainda existem muitos problemas relacionados à equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção (FAUSTO; FONSECA, 2013).

Junto à proposição da PNAB 2011, foram pontuados os principais desafios para a consolidação da AB que deveriam ser abordados. Dentre eles o financiamento insuficiente da AB; a infraestrutura inadequada das UBSs; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempo de espera e garantindo atenção para grupos mais vulneráveis; melhora da qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolutividade e longitudinalidade. Ainda foram citados problemas relacionados às relações de trabalho, necessidade de profissionais motivados, preparados e com formação específica para AB; mudança no modelo e qualificação da gestão e estímulo a participação social (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Considerada a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, o PMAQ-AB destacou o desenvolvimento de hábitos de análise, avaliação e intervenção que visavam a capacidade de provocar mudanças efetivas nas práticas da AB. O programa propôs meios para melhorar a qualidade e também avaliar a AB, e elaborar circunstâncias para que a mesma se estruturasse de maneira a garantir o acesso e continuidade da atenção (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ-AB foi estabelecido pela portaria 1.654 em 19 de julho de 2011, como medida do governo federal em pactuação com gestores estaduais e municipais. Foram destacados como objetivos específicos:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VII - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

Para que seus objetivos fossem alcançados e que o programa se desenvolvesse da melhor forma possível dentro do que foi proposto, o PMAQ-AB foi estruturado em sete diretrizes:

I - Possuir parâmetro de comparação entre as equipes, considerando as diferentes realidades de saúde;

II - Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes;

III - Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB;

V - Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

VII - Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e eficiência dos atores envolvidos (BRASIL, 2011).

Alguns destaques foram importantes nos objetivos do programa, dentre eles a tentativa de estimular a mudança no modelo assistencial e na gestão, promover o desenvolvimento dos profissionais e conduzir os serviços de acordo com a necessidade dos usuários. Foi uma estratégia que valorizou a criação de espaços para diálogo, problematização e negociação entre todos os atores envolvidos na AB, gestão, profissionais e usuários. O programa ainda destacou a transparência e divulgação de todas as informações e dados obtidos, como forma de fortalecer a participação de todos (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Atualmente a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, estabeleceu novo modelo de financiamento da AB. O custeio passou a ser constituído por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, extinguindo o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF) e Piso de Atenção Básica Variável (PABV). O PMAQ-AB também teve seus ciclos paralisados, estando atualmente fora das políticas de financiamento e desenvolvimento da AB (BRASIL, 2019).

3.3.1 Estratégias de ação

O PMAQ-AB apresentou algumas estratégias particulares, a primeira delas foi o incentivo financeiro. Até 2007, o financiamento federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, PABF, e pelo componente de

indução de expansão da ESF, o PABV. Em 2011, foi criado o componente de qualidade, associado ao processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB, possibilitando outra forma de repasse de recursos aos municípios (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Como forma motivacional para que as equipes alcançassem os objetivos propostos no programa, logo após a adesão ao mesmo, o município recebia, mensalmente, um adicional de 20% no componente de qualidade, do PABV, por equipe cadastrada, e a depender da sua classificação final no processo, a equipe teria a possibilidade de receber um complemento de até 100% (BRASIL, 2017).

O incentivo financeiro era um estímulo às gestões municipais que poderiam ampliar significativamente o recurso recebido por seus fundos de saúde, e também às equipes através da permissão e da utilização de lógicas de premiação e remuneração baseadas em resultados e desempenho (FEITOSA et al., 2016). Em contrapartida poderia ser causa de conflito entre negociações das diferentes esferas, ao se tratar da finalidade do repasse do mesmo (UCHÔA et al., 2018).

O aumento do financiamento oferecido à eAB era significativo, sendo de grande impacto para o financiamento geral da AB. Antecedendo a criação do programa, em 2011 o repasse financeiro foi de 70 milhões de reais, em 2012 após o primeiro ciclo o valor passou para 700 milhões e orçado em 1,6 bilhões para 2014. O PABV aumentou de 2010 até 2014 de R\$ 5,92 bilhões para R\$ 11,17 atribuindo-se 30% desse feito a criação do PMAQ-AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O chamado Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, foi a segunda estratégia do programa e consistia em um conjunto de ações que deveriam ser realizadas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS. Possuía o objetivo de promover mudanças na gestão do cuidado visando à melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2017).

Esse eixo foi entendido como transversal às outras fases do programa de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade pudessem ser desenvolvidas continuamente, para que fizesse parte do processo de trabalho, se tornando hábito e não se restringindo apenas durante

o processo de avaliação. Dele fizeram parte: I Autoavaliação; II Monitoramento; III Educação Permanente e IV Apoio Institucional. (BRASIL, 2017).

A autoavaliação foi o momento em que a equipe deveria analisar e identificar situações, possíveis problemas na sua forma de trabalho, perceber as mudanças necessárias e direcionar suas forças para elaboração de estratégias, prioridades e ações para que se atinjam os objetivos estabelecidos. Deveria ser realizado coletivamente, com todos os envolvidos nas atividades da AB (BRASIL, 2017).

Almeida e Melo (2010) colocaram a importância dos processos de avaliação, dentro da AB, como forma de identificação das necessidades e organização do processo de trabalho além do fortalecimento do controle social, como forma de superar os obstáculos e desenvolver políticas efetivas.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) oferecia um instrumento autoavaliativo nomeado AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), o qual era formado por um conjunto de ações que contemplavam mudanças para se caminhar ao sugerido como qualidade na gestão e nos serviços de AB. O AMAQ foi uma sugestão do MS, podendo ser utilizado ou não, e também associado a outros meios, ficando a critério da gestão. Mas era essencial e impreterível que fosse realizado o processo de autoavaliação, sendo o mesmo considerado durante o processo de classificação da equipe (BRASIL, 2017).

O monitoramento foi feito mediante o acesso aos indicadores. Sendo eles divididos em indicadores de desempenho, os quais se relacionavam com a fase de avaliação externa e colaboraram para a classificação da eAB, e indicadores de monitoramento, que ofereciam um acompanhamento da equipe sem influenciar na nota da classificação. Os mesmos eram obtidos através dos sistemas de informação de saúde utilizado pela equipe. O monitoramento buscava guiar a negociação entre as equipes e gestores na organização das metas e compromissos, direcionar e priorizar as ações em busca da qualidade da AB, identificar resultados efetivos, motivar e reconhecer a importância de todos os envolvidos na AB e níveis de gestão. O programa destacou o caráter formativo e a busca pela mudança, repudiando que fossem utilizados os dados

para consequências punitivas e que comprometessem a motivação dos profissionais (BRASIL, 2017).

A educação permanente era o terceiro segmento da fase de desenvolvimento, definida como processo pedagógico de aquisição e atualização de conhecimentos, o que contribuiu para o reconhecimento de problemas e desafios pelo profissional no seu local de atuação e desenvolvimento de mudanças e planejamento de estratégias para melhorias (BRASIL, 2017).

Em pesquisa realizada com base nos dados do próprio PMAQ-AB, no primeiro ciclo, grande parte dos profissionais afirmou que a gestão municipal ofertava ações de educação permanente. Porém, o percentual de equipes que participaram de qualquer uma das ações citadas era baixo. Entre os que afirmaram ter participado das ações de educação permanente, as modalidades mais frequentes foram o Telessaúde com 23,7% e os cursos presenciais com 18,7% (SEIDL et al., 2014).

A formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, se constitui em pontos-chaves para a menor rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e qualificação dos profissionais da AB (MENDONÇA et al., 2010).

Para concluir essa fase, o apoio institucional trazia consigo uma mudança na supervisão tradicional, que era afastada da equipe e buscava um enquadramento e imposição de normas. No programa foi priorizado que, em conjunto com as equipes, se criasse uma relação de proximidade e auxílio para a resolução de problemas e alcance de mudanças favoráveis. Deveria ocorrer em todas as esferas de governo (BRASIL, 2017).

Essa ação buscava aproximar a gestão do cotidiano das equipes, o desenvolvimento de um saber-fazer integrado e o desenvolvimento de diálogo. Com base nos dados dos três primeiros anos do programa, 92% das equipes relataram receber apoio durante a participação do PMAQ-AB, e 77,9% afirmaram receber apoio constante de um representante da Secretaria Municipal de Saúde (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O eixo estratégico de desenvolvimento era uma aposta na ampliação da capacidade de análise do coletivo, através de autoavaliação e monitoramento, e

no fortalecimento da capacidade de ação do mesmo, através dos suportes proporcionados pela educação permanente e apoio institucional. As quatro estratégias propostas se articulavam para ampliar a capacidade de análise e de gestão de um coletivo que deveria protagonizar a mudança das condições, relações e práticas (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

3.3.2 Fases do PMAQ-AB

O PMAQ-AB aconteceu de forma cíclica, foram finalizados três ciclos, o primeiro entre 2011 e 2012, o segundo de 2013 a 2014 e o terceiro de 2015 a 2018. Cada ciclo era composto por fases que se complementavam, o primeiro e segundo ciclo possuíam as seguintes fases: adesão e contratualização; o eixo estratégico transversal de desenvolvimento foi apresentado como uma das fases do programa, chamada fase de desenvolvimento; avaliação externa, certificação e recontratualização (BRASIL, 2011). No terceiro ciclo o eixo estratégico transversal de desenvolvimento foi considerado uma estratégia de ação, se fazendo presente durante todo o processo. O programa em sua última versão era então composto por: adesão e contratualização, avaliação externa, certificação e recontratualização. (BRASIL, 2017).

A primeira fase, adesão e contratualização, compunha a etapa formal de participação do programa, era prioritariamente voluntária, partindo da negociação entre equipes e gestão municipal, e da gestão com o MS. Era um momento que buscava o envolvimento de todos os atores e permitia a construção de ambientes participativos e com diálogo, onde servidores e gestores se uniriam em prol de um objetivo comum (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

As equipes participantes assinavam um termo de compromisso afirmando seguir as diretrizes organizativas do processo de trabalho; observar regras de funcionamento do programa; implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados à cada uma das fases posteriores; ser monitorada por seis meses pelos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a

avaliação in loco realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe (BRASIL, 2017).

Os gestores eram responsáveis pelo cadastramento das equipes e assinatura de um novo termo onde se comprometeriam à aplicação do recurso do Componente de Qualidade do PAB Variável; realização de ações para melhoria da condição de trabalho das equipes; a estruturação da gestão garantindo condições de funcionamento da AB, apoio institucional as equipes durante todo o processo do PMAQ-AB (BRASIL, 2017).

Alguns fatores, porém, questionaram o caráter voluntário, como o conhecimento sobre o programa. Estudo realizado no estado Paraná, com 21 equipes que participaram dos dois primeiros ciclos, identificaram que apenas 5% dos entrevistados conhecia bem o programa e 71% conhecia muito pouco ou não sabia o que era (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Era de grande importância a informação por parte dos profissionais de saúde do que era o PMAQ-AB, para assim efetivar a proposta de uma gestão participativa. Criar a possibilidade de novas propostas, trabalho coletivo e estratégias voltadas às reais necessidades da população, e institucionalizar a cultura de melhoria e monitoramento das práticas em saúde. A sensibilização dos profissionais poderia contribuir para construção de locais de coletivos para discussão e reflexão do planejamento em saúde (FEITOSA et al., 2016).

Era permitido o cadastramento de equipes na modalidade eSF, eAB e as chamadas eAB parametrizadas. O MS estabeleceu parâmetros mínimos para que as eAB organizadas de maneira diferente da ESF pudessem participar do programa. Essas equipes deveriam ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) agrupando os profissionais de nível superior de modo a equivaler a carga horária com o estabelecido pela ESF. O mesmo para eAB que possuíam ações em saúde bucal, através da equivalência de cargas horárias dos profissionais (BRASIL, 2015).

No primeiro ciclo do programa, no ano de 2011, por questões orçamentárias e administrativas, foi definido que cada município poderia cadastrar o equivalente a 50% das suas equipes de ESF, o que resultou em 17.664 eAB, e 14.590 ESB inscritas no programa. Nos ciclos seguintes não existiu limites no número de equipes que poderiam se inscrever (BRASIL, 2011).

A mudança e reorganização das práticas em saúde exige intensa transformação das ações por parte dos usuários, profissionais e gestores. Foi debatido o quanto o estabelecimento de metas quantitativas e indicadores seriam capazes de contribuir para mudanças, destacando-se a necessidade da implantação de políticas e desenvolvimento da cultura de avaliação em saúde (MOTA; DAVID, 2015).

A avaliação externa, segunda fase do programa, acontecia mediante parceria do DAB e Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País, onde uma equipe treinada e capacitada pelas IEP, comparecia fisicamente até a UBS, para coleta de informação afim de verificar os padrões de acesso e qualidade estabelecidos. Eram realizadas verificações de infraestrutura e funcionamento da unidade, mediante observação, entrevista com os funcionários e também com usuários. (BRASIL, 2017).

A coleta de dados era realizada através de um instrumento de avaliação do programa, o qual era dividido em módulos de acordo com a forma de coleta. No primeiro ciclo esse instrumento era composto por três módulos: I, observação da Unidade; II entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação dos documentos na unidade de saúde; III, entrevista na unidade de saúde com o usuário (BRASIL, 2011). O segundo e terceiro ciclos mantiveram os módulos anteriores e foram adicionados outros três específicos, para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e para saúde bucal, sendo os módulos: IV, entrevista com os profissionais do NASF e verificação de documentos na unidade de saúde; V, observação da unidade de saúde para saúde bucal e VI, entrevista com o profissional de saúde bucal e verificação de documentos na unidade de saúde (BRASIL 2017).

Durante essa fase foram coletadas informações que se distribuíam em cinco dimensões. Na dimensão da gestão municipal para desenvolvimento da AB; estrutura e condição de funcionamento da UBS; valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2017).

Ao abordar critérios das dimensões micro e meso do processo de trabalho, o PMAQ-AB buscava estimular desde uma política de nível nacional até a implantação de dispositivos de mudança no processo de trabalho cotidiano

dentro das unidades. Desenvolver a reflexão crítica e incentivar o coletivo a agir ativamente em busca de transformação, induzir as equipes que “inovem”, “criem”, “experimentem”. Além disso, durante a avaliação externa foram obtidas informações que poderiam orientar e aperfeiçoar políticas de saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Após a avaliação externa, era realizada a certificação da equipe, terceira fase do programa, onde atribuía-se uma nota que classificava e definia a porcentagem do repasse financeiro. Essa nota relacionava, em pesos diferentes, três fatores: processos autoavaliativos, monitoramento dos indicadores e o processo de avaliação externa. Com a divulgação da classificação, dados obtidos e do valor que seria repassado, se concluía um ciclo do PMAQ-AB. Iniciava-se então um novo ciclo com os processos de contratualização quando novas equipes, e recontratualização, quarta fase do programa para as equipes que já participaram (BRASIL, 2017).

Uma preocupação em relação às fases do programa, envolveu o risco da gestão e das equipes se esforçarem mais durante as fases que assegurassem melhor certificação, ficando restritas a esse momento, sem dar continuidade em todo o processo de trabalho como era a proposta do programa. O PMAQ-AB foi destacado como uma das políticas de maior inovação e indução de mudanças efetivas, as características inovadoras estimulavam a gestão, comunicação e negociação em todas as esferas (UCHÔA et al., 2018).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Se trata de um estudo de enfoque quantitativo do tipo transversal e analítico. A pesquisa quantitativa, segundo Marconi e Lakatos (2003), é aquela que trabalha com variáveis sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. A pesquisa caracteriza-se, também, como analítica por envolver uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno em uma determinada população.

4.2 Universo

O estudo foi dividido em dois blocos, o primeiro sobre o acesso aos serviços e o segundo sobre integralidade da atenção. No primeiro bloco o universo da pesquisa envolveu inicialmente todas as equipes (eAB e eSF) participantes do PMAQ-AB e da avaliação externa nos três ciclos. No segundo bloco, os usuários entrevistados durante o processo de avaliação externa do primeiro e terceiro ciclo apenas, que possuíam uma ESB de referência. Todos os dados foram agrupados por região do País, como indicam as tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Distribuição das equipes (eAB e eSF) participantes do PMAQ-AB, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País					
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
1º Ciclo	17.202	2.919	6.570	1.109	1.045	5.559
2º Ciclo	29.778	4.509	10.100	2.241	2.160	10.768
3º Ciclo	37.350	5.473	12.346	2.637	3.058	13.836

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Distribuição de usuários, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País					
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
1º Ciclo	46.362	7.497	16.195	3.094	3.089	16.487
3º Ciclo	62.161	8.726	17.932	4.167	4.603	26.693

Fonte: Dados da pesquisa.

O segundo bloco, referente à integralidade da atenção, incluiu as ESB participantes e respondentes do processo de avaliação externa nos três ciclos do PMAQ-AB. Também agrupadas por região do País, como indica a tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das equipes de saúde bucal, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País					
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
1º Ciclo	12.403	1.982	3.930	925	811	4.755
2º Ciclo	18.364	2.595	5.119	1.572	1.313	7.765
3º Ciclo	22.993	3.000	6.114	1.933	1.736	10.210

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 Coleta de dados

Coletaram-se dados secundários, referentes às respostas dos questionários pertencentes ao instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, aplicados nos três ciclos do programa, o primeiro em 2011/2012, o segundo 2013/2014 e o terceiro 2015/2018. A coleta foi realizada em 21/05/2019 e 01/07/2019 no banco de dados do programa, disponível no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>).

O instrumento de avaliação externa, foi composto por módulos que variaram durante os ciclos. No primeiro ciclo foram três: Módulo I - Observação na unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação dos documentos na unidade de saúde; Módulo III – Entrevista na unidade de saúde com o usuário. No segundo e terceiro ciclos foram mantidos os módulos já citados e adicionados outros três específicos para

o NASF e para saúde bucal, sendo: Módulo IV – Entrevista com os profissionais do NASF e verificação de documentos na unidade de saúde, Módulo V – Observação da unidade de saúde para saúde bucal e Módulo VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal e verificação de documentos na unidade de saúde.

Cada módulo é composto por questões, as quais são preenchidas através da observação do avaliador e das respostas dos entrevistados (profissionais e usuários). Ao longo dos anos os módulos foram sofrendo alterações tanto na quantidade quanto no conteúdo das questões abordadas. Para a seleção dos dados foi levado em consideração a existência da mesma pergunta, direcionada ao mesmo quadro de entrevistados, nos três ciclos do PMAQ-AB a fim de possibilitar uma comparação válida. Tal motivo excluiu os usuários do segundo ciclo do primeiro bloco, pois a forma como a entrevista foi guiada interferia no número de usuários entrevistados. Para o segundo bloco foram mantidas questões dos três ciclos.

Ao todo 18 variáveis foram selecionadas, sendo quatro relativas ao acesso e 14 à integralidade (quadros 1 e 2). A variável V1 tem como base o número de equipes, em todas as modalidades, inscritas e respondentes à avaliação externa. As variáveis seguintes foram retiradas dos módulos da avaliação externa, três (V2 a V4) foram retiradas dos Módulos III do primeiro e terceiro ciclo, e 14 (V5 a V18) do Módulo II no primeiro ciclo e do Módulo VI no segundo e terceiro ciclo.

Quadro 1. Variáveis relativas ao acesso aos serviços de odontologia. Brasil, 2020.

Variável	Pergunta
V1	Relação equipes com saúde bucal / total de equipes (eAB e eSF)
V2	O senhor consegue agendar atendimento com o dentista nessa unidade?
V3	Qual tempo de espera? (Dias)
V4	O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?

Fonte: Elaborado pela autora com base nos instrumentos de Avaliação Externa do primeiro e terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Quadro 2. Variáveis relativas à integralidade da atenção em odontologia. Brasil, 2020.

Variável	Pergunta
V5	A equipe realiza atendimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?
V6	A equipe garante agenda para continuidade do tratamento iniciado?
V7	Realiza: aplicação tópica de flúor
V8	Realiza: restauração em amalgama
V9	Realiza: restauração em resina
V10	Realiza: exodontia
V11	Realiza: raspagem e alisamento radicular
V12	Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para sua equipe?
V13	Existe referência para endodontia?
V14	Existe referência para periodontia?
V15	Existe referência para cirurgia?
V16	Existe referência para estomatologia?
V17	Existe referência para ortodontia?
V18	Existe referência para implantodontia?

Fonte: Elaborado pela autora com base nos instrumentos de Avaliação Externa dos três ciclos do PMAQ-AB.

4.4 Sistematização e análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco próprio, registrados em planilhas no Excel, agrupados por regiões geográficas e posteriormente apresentados em tabelas e gráficos. As questões abordadas trazem como resposta, no banco de dados do MS, um valor numérico que faz referência às respostas positivas como SIM e POSSUI, e outro valor referente às respostas negativas como NÃO, NÃO POSSUI, NÃO SOUBE ou NÃO RESPONDEU.

No primeiro bloco, a variável V1 abordou a inserção dos serviços odontológicos dentro da AB, analisando o número de equipes com saúde bucal em relação ao total de equipes eAB e eSF, em cada uma das regiões (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste) nos três ciclos do programa.

Em sequência foram analisadas as variáveis retiradas do questionário da avaliação externa. No primeiro bloco ainda, a comparação foi feita entre o

primeiro e terceiro ciclo para cada uma das regiões (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste). A variável V2 foi analisada selecionando apenas as respostas SIM e NÃO, representando usuários que procuraram atendimento odontológico. As variáveis V3 e V4 tiveram como "n" os usuários que declararam conseguir atendimento odontológico na unidade seguindo as respostas da variável V2.

No segundo bloco, as variáveis V5 à V18, foram analisadas entre os três ciclos para cada uma das regiões (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste). Comparando as frequências de respostas afirmativas em relação ao total respondido pela região para cada questão, em cada ciclo.

Utilizou-se estatística inferencial, aplicando o teste Cochran Mantel Haenszel para verificar a presença de diferenças estatísticas significativas, seguido do Teste Qui-quadrado para K proporções e Marascuilo para análise das frequências.

Exclusivamente para a variável V3 foi realizado cálculo do tempo médio, através de estatística descritiva.

4.5 Aspectos éticos

Os dados coletados são de domínio público, não sendo necessária aprovação do comitê de ética apenas assinatura do termo de uso de dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados em dois blocos: (1) Acesso aos serviços de odontologia e (2) Integralidade da atenção em odontologia. Em relação ao acesso as questões consideradas dizem respeito à oferta de serviços odontológicos e ao agendamento. A integralidade foi analisada a partir da garantia do tratamento, procedimentos realizados pela equipe e serviços de referência para diferentes especialidades.

5.1 Acesso aos serviços de odontologia

5.1.1 Oferta de serviços odontológicos

A tabela 4 retrata a inserção de equipes de saúde bucal na AB que participaram do PMAQ-AB, e indica que houve aumento do número de ESB, esse aumento, no entanto, não acompanhou e mesma evolução das eAB e eSF, evidenciando uma redução nessa relação com o decorrer dos ciclos do programa em todas as regiões. No primeiro ciclo, em nível nacional, 72,1% das eAB e eSF possuíam referência de ESB já no terceiro ciclo esta relação foi de 61,6%. As regiões Centro Oeste e Nordeste se mantiveram acima dos valores nacionais durante todos os ciclos do programa com 83,4% e 85,5% no primeiro ciclo, 70,1% e 72,1% no segundo e 73,3% e 73,8% no terceiro, respectivamente. A região Sudeste foi detentora dos menores valores e não ultrapassou 60% nos três ciclos do programa.

Destaque à região Nordeste, sendo a única que obteve crescimento estatisticamente considerável do segundo para o terceiro ciclo, atingindo 73,8%. As regiões Sudeste e Centro Oeste se mantiveram estatisticamente estáveis na passagem do primeiro para o último ciclo, com 49,5% e 73,3% respectivamente.

As regiões Sul e Norte reduziram os valores, concluindo o programa com 54,8% e 56,8% de equipes com saúde bucal (tabela 4). Salieta-se que a redução nos valores da relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes participantes do programa não significa redução na quantidade de equipes de SB, as quais aumentaram ao longo do tempo, conforme se observa na tabela 4, mas não na mesma proporção do aumento das eAB e eSF.

Tabela 4. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V1*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	12.403	72,1 ^a	18.364	61,7 ^b	22.993	61,6 ^b	<0,0001
Sul	1.982	67,9 ^a	2.595	57,6 ^b	3.000	54,8 ^c	<0,0001
Sudeste	3.930	59,8 ^a	5.119	50,7 ^b	6.114	49,5 ^b	<0,0001
Centro Oeste	925	83,4 ^a	1.572	70,1 ^b	1.933	73,3 ^b	<0,0001
Norte	811	77,6 ^a	1.313	60,8 ^b	1.736	56,8 ^c	<0,0001
Nordeste	4.755	85,5 ^a	7.765	72,1 ^c	10.210	73,8 ^b	<0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V1 - Relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes (eAB e eSF).

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

5.1.2 Agendamento

O agendamento envolveu questões onde os usuários relataram sucesso no agendamento de consulta odontológica (variável V2), o tempo de espera por essa consulta (variável V3) e agendamento de retornos (variável V4).

A primeira variável abordada (V2), como mostra a tabela 5, apresentou um crescimento significativo nas frequências de respostas positivas com o

decorrer do programa, em todas as regiões do País. Sendo esse acréscimo de 32,5% na região Sul, 41,9% Sudeste, 44,6% Centro Oeste, 40,9% Norte e 27,9% Nordeste. Quando observado separadamente os ciclos, o primeiro apresentou valores entre 45,6% e 66,6% e o terceiro variou entre 88,7% e 95,4%.

Tabela 5. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V2*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	26.263	56,6 ^b	57.403	92,4 ^a	< 0,0001
Sul	4.718	62,9 ^b	8.328	95,4 ^a	< 0,0001
Sudeste	7.674	47,3 ^b	16.004	89,2 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	1.411	45,6 ^b	3.760	90,2 ^a	< 0,0001
Norte	1.478	47,8 ^b	4.085	88,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	10.982	66,6 ^b	25.226	94,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V2 - O senhor(a) consegue agendar atendimento com o dentista nessa unidade?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Na tabela 6, observa-se que ocorreu um aumento no tempo médio de espera pela consulta agendada (variável V3) em todas as regiões, exceto na região Nordeste, que passou de 7,7 dias para 6,5. A região Sudeste apresentou os maiores valores (13,2 dias no primeiro ciclo e 17,2 dias do terceiro) dentre todas as regiões, sendo a única a ultrapassar a média nacional no primeiro e terceiro ciclos.

Tabela 6. Tempo médio de espera para consultas, em dias. Dados relativos à variável V3* segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo	3º Ciclo
Brasil	8,6	10,1
Sul	8,4	10,0

Sudeste	13,2	17,2
Centro Oeste	8,9	9,8
Norte	6,1	7,2
Nordeste	7,7	6,5

Fonte: Dados da pesquisa.

* V3 - Qual o tempo de espera? (Dias)

** Teste: média entre os valores.

Quando questionados sobre o agendamento de retorno (variável V4), durante todo o programa e em todas as regiões, as porcentagens de respostas positivas variaram entre 50% e 75%. As regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste apresentaram crescimento de 7,4%; 5,9%; 11,5% respectivamente, do primeiro para o terceiro ciclo, enquanto as regiões Sudeste e Norte se mantiveram estatisticamente estáveis (tabela 7).

Tabela 7. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V4*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	16.047	61,1 ^b	38.615	67,2 ^a	< 0,0001
Sul	3.005	63,9 ^b	5.943	71,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	5.806	75,6 ^a	12.108	75,6 ^a	0,9973
Centro Oeste	984	69,7 ^b	2.846	75,6 ^a	< 0,0001
Norte	758	51,2 ^a	2.185	53,4 ^a	0,1460
Nordeste	5.494	50 ^b	15.533	61,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V4 - O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

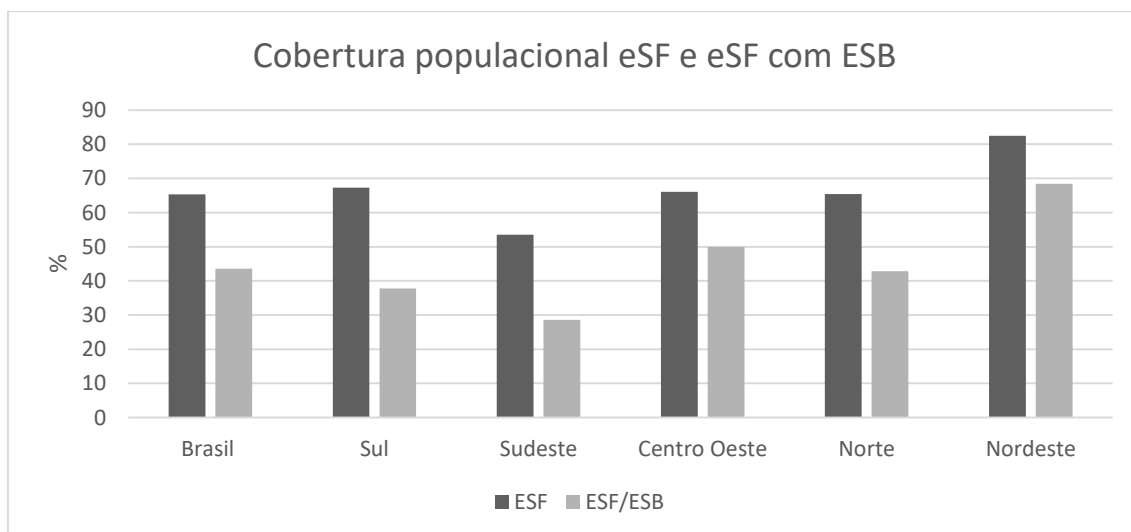
A partir dos anos 2000, percebeu-se um interesse em promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, com incentivo para a união de saberes que alcançassem a promoção de saúde, atuação sobre

os determinantes sociais, e a incorporação de práticas baseadas em evidências, em busca de mudanças efetivas e que suprissem a demanda populacional de atenção à saúde bucal (MORETTI et al., 2010).

Ressaltaram-se as ações institucionais federais em 2005, o financiamento específico para atenção à saúde bucal, tanto para AB quanto para a atenção especializada, fortalecendo a PNSB para execução das ações. Destaque ainda para o reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado às ESB. Após a PNSB, os governos subsequentes acompanharam um crescimento significativo de ESB no País. Em 2006 o número de ESB era de 15.806, um aumento de 254% em relação ao ano de 2002, em 2010 totalizou 20.424 equipes com um crescimento de 35,4%, e em 2014 um aumento de 18,7% com 24.243 ESB no Brasil (CHAVES et al., 2017).

Como demonstram os dados do Ministério da Saúde, destacados no gráfico 3, ao abordar as eSF do País, a cobertura populacional com ESB vinculadas ainda seguem valores inferiores quando comparadas ao total:

Gráfico 3. Cobertura populacional de eSF e eSF com ESB na Atenção Básica no Brasil e por regiões, em abril de 2020. Brasil, 2021.



Fonte: e-Gestor, Ministério da Saúde, 2021.

O presente estudo mostrou que apesar dos investimentos na atenção odontológica, o número de ESB não acompanhou o aumento no número de eAB

ou eSF inscritas no PMAQ-AB. Foram apontados no primeiro ciclo os maiores valores proporcionais em todas as regiões, 67,9% Sul, 59,8% Sudeste, 83,4% Centro Oeste, 77,6% Norte e 85,5% Nordeste como indicado na tabela 4.

Acredita-se que a cobertura populacional de ESB possa ter relação com a implantação da ESF (CELESTE et al., 2011). É possível afirmar que existe uma maior cobertura de saúde bucal onde a ESF tem maior vigência, justificando assim algumas diferenças regionais, como os maiores valores encontrados na região Nordeste e os menores no Sudeste do País.

Estudos destacaram que apesar do crescimento na cobertura, ainda existe um reflexo de desigualdade entre as regiões brasileiras. Martins et al. (2017) apontaram que as ESB modalidade II estão mais presentes em municípios com melhores condições sanitárias e mais desenvolvidos, com IDH muito alto. Ainda segundo os autores dentre todas as regiões, a Sudeste apresentou o maior índice de equipes na modalidade II (15%), enquanto as regiões Nordeste e Norte 4% e 8% respectivamente. As equipes de saúde bucal tipo I, são predominantes em todas as regiões, em maiores valores no Nordeste 90% e Norte 84%. A modalidade I também se faz mais presente em municípios com IDH muito baixo e baixo, com 86% e 89% respectivamente.

Houve um aumento considerável de cobertura populacional pela ESF em todo o País, porém a descentralização na gestão permitiu grande variação na qualidade da atenção. Sendo assim, a maior disponibilidade de serviços não resultou obrigatoriamente em uma melhoria significativa que garanta a cobertura universal e equitativa (VIDAL et al., 2019).

A grande extensão territorial, variáveis culturais, geográficas e socioeconômicas fazem do Brasil um país com muitas diferenças regionais. As diferentes características refletem na forma de organização e gestão dos sistemas de cada região, conseqüentemente no acesso e na assistência à saúde bucal. A universalização do acesso depende de um contexto locorregional e engloba todas as características sócio demográficas (FONSECA, 2017).

As regiões Nordeste e Centro Oeste se destacaram em relação ao crescimento da cobertura de equipes odontológicas, sendo as únicas a ultrapassarem os valores nacionais durante todo o decorrer do PMAQ-AB (2011-

2018) com 85,5% e 83,4% no primeiro ciclo, 72,1% e 70,1% no segundo e 73,8% e 73,3% respectivamente. Segundo Pinho et al. (2015), as duas regiões já possuíam destaque no ano de início do programa onde, ao analisar os indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde de 2010 e 2011, o qual estabeleceu uma meta de 40% de cobertura populacional por equipes de saúde bucal, somente essas duas atingiram a meta.

A região Nordeste foi detentora dos maiores valores de ESB no início do PMAQ-AB. A elevada atenção à saúde bucal pelo SUS verificada na região, pode ser explicado, em parte, pelo pioneirismo e intensa presença do PSF, o qual passou a incorporar a ESB em 2000 (VIACAVA, 2010).

Observou-se que o número de ESB variou entre as regiões brasileiras. Ressalta-se que a quantidade de municípios, número de unidades de ESF, de usuários e profissionais disponíveis para cada região é diferente (COSTA et al., 2018). O Nordeste, é a região com a segunda maior população, terceiro maior território e PIB, além das condições socioeconômicas que sugerem a necessidade de uma cobertura maior de serviços disponíveis à população (SILVA et al., 2014).

O acesso aos serviços pode muitas vezes não refletir de fato o uso do mesmo, partindo do princípio de que as pessoas podem exercer o direito de não usar os serviços. Acesso refere-se à oferta enquanto o uso reflete uma combinação de oferta e demanda. Políticas que aumentam o acesso aos serviços de saúde podem não ter impacto no uso dos mesmos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Estudos indicaram ainda que o acesso aos serviços odontológicos está mais relacionado a fatores socioeconômicos, demográficos, individuais e a capacidade de pagar pelo serviço, do que à oferta em si (FONSECA, 2017).

A preferência pelo uso de planos privados pode influenciar na redução da cobertura de ESB percebida nas regiões Sudeste e Sul. A região Sudeste exibiu a menor proporção de cobertura dentre as regiões (59,8%, 50,7% e 49,5%), em contrapartida a maior proporção de beneficiários de planos de saúde, incluindo aqueles exclusivamente odontológicos. A região Sul apresenta também grande parte da população coberta por planos de saúde privados, sugerindo relação

com a redução na cobertura de ESB e um menor número de usuários dependentes (COSTA et al., 2018).

A distribuição dos cirurgiões dentistas entre os setores particular e privado, pode sugerir uma maior oferta e procura da população. A proporção entre cirurgiões dentistas e a população de cada região, mostrou uma quantidade maior de profissionais nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul (1/519, 1/488 e 1/541) e menor no Nordeste e Norte (1/1.060 e 1/948) (FIGUEIRÊDO JÚNIOR; UCHÔA; PEREIRA, 2019). Entretanto, estudo de Gabriel et al. (2020) demonstraram que 48% dos dentistas cadastrados no CNES estão atuando no SUS, nas regiões Norte e Nordeste a maioria dos profissionais possui vínculo com o setor público 61% e 67%, respectivamente. Nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul prevalece a associação ao setor privado.

O maior uso dos serviços públicos pela população mais vulnerável pode indicar uma tendência à equidade. O sistema tem diminuído as desigualdades de acesso aos serviços porém ainda distante do ideal igualitário (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015).

As necessidades assistenciais diferentes entre as regiões pode ser reflexo das disparidades de cobertura populacional. A pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasil (SB Brasil 2010) mostrou a região Norte com o maior índice de dentes cariados na faixa dos 12 anos, 35 a 44 anos e também entre 65 e 74 anos (BRASIL, 2010). Nos resultados encontrados na presente pesquisa, região Norte apresentou redução na cobertura de ESB durante os ciclos do PMAQ-AB, de 77,6% no primeiro ciclo para 56,8% no terceiro.

Embora a descentralização imponha uma responsabilização da gestão local, o financiamento federal é um importante indutor de avanços e garantias do direito à saúde (AMORIM et al., 2021). As políticas de saúde do governo federal, para a região Norte especificamente, sofrem de baixa institucionalidade, descontinuidade e negligência às próprias características. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e perduram também as dificuldades de gestão na esfera municipal. Associam-se ainda à baixa renda, dispersão populacional e dificuldades geográficas típicas da região, resultando em dificuldades de acesso que penalizam a população dependente. Um combinado

de fatores que implicam diretamente na oferta insuficiente de toda a rede de AB (GARNELO; SOUSA; DA SILVA, 2017).

A ESF se posiciona como eixo central no processo de reestruturação do sistema de saúde, tendo como base a APS. Foram propostas mudanças no modelo assistencial da AB para ESF, onde as práticas devem ser orientadas e organizadas considerando os determinantes sociais, o indivíduo no seu contexto familiar e comunidade, além das influências socioculturais (FERTONANI et al., 2015).

O presente estudo mostrou crescimento na realização de agendamentos de consultas odontológicas em todas as regiões do País, 32,5% na região Sul, 41,9% na região Sudeste, 44,6% na região Centro Oeste, 40,9% na região Norte e 27,9% na região Nordeste. A mudança no modelo assistencial proposta pela ESF, valida o crescimento da oferta e utilização dos atendimentos agendados. Reflexo da reorganização do sistema, com o abandono gradativo do sistema de livre demanda com fichas e filas de espera, passando à estruturação de agendas com horários definidos de acordo com grupos prioritários e classificação de risco (ROSA; LABATE, 2005).

O MS prevê que as agendas de atendimento individual sejam divididas entre atendimento à demanda espontânea e atendimento à demanda programada. O bom andamento da AB deve equilibrar as duas demandas de forma a garantir o acesso e a continuidade do tratamento (BRASIL, 2013).

Estudo realizado por Melo et al. (2016) relacionou o aumento do indicador de primeira consulta odontológica programática com o crescimento do acesso aos serviços odontológicos. Na atenção à saúde bucal o acesso pode ser medido pela primeira consulta, mas é necessário considerar a conclusão do tratamento. É preciso garantir a adesão aos tratamentos programáticos, busca ativa de faltosos, agendamento de retornos, lembrete aos usuários das consultas agendadas e oferecer referências especializadas capazes de garantir a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados (THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015).

Os resultados encontrados em respeito ao agendamento de retornos apresentaram avanços nas regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste (7,4%, 5,9% e 11,5% respectivamente) porém em proporções menores que o agendamento de consultas (32,5%, 44,6% e 27,9%). O fato observado pode refletir as dificuldades ainda presentes na concretização do modelo assistencial da ESF.

Um dos pontos propostos pela estratégia que busca garantir o acesso e a continuidade do tratamento é a criação do vínculo. Uma tecnologia leve e relacional, que contribui para mudança do modelo centrado na doença, o vínculo passa a valorizar a longitudinalidade do cuidado (PINHEIRO; DE OLIVEIRA, 2011). Contribui para a criação de uma relação interpessoal entre profissional e usuário, ampliando o processo de corresponsabilização com potencial terapêutico (BARATIERI; TEIXEIRA; MARCON, 2012).

O estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário evita que o tratamento biomédico seja o centro, cria-se uma relação de cuidado contínuo e não apenas momentâneo (GRAFF; TOASSI, 2018). Pode-se, assim, explicar uma maior existência de agendamento de primeira consulta e procura por atendimento pontuais impulsionados pelo querer do paciente, quando comparado aos retornos até a conclusão do tratamento como o sugerido pelas tabelas 5 e 7.

As mudanças do modelo assistencial com a disposição de agendas, tem potencial para melhorar o acesso à AB e a organização das demandas espontâneas e programadas. As contribuições favorecem tanto o usuário quanto o profissional, e dependem diretamente da postura e entendimento de ambos (VIDAL et al., 2019). O rompimento da cultura de atendimentos puramente curativos e o crescimento da busca por atendimentos agendados e contínuos no tratamento deverá ocorrer de forma lenta e gradativa, levando tempo para se consolidar (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

As regiões Sudeste e Norte não apresentaram nenhum avanço estatístico em relação ao agendamento de retornos durante os ciclos do PMAQ-AB como indicado na tabela 7. A região Sudeste possui a menor cobertura de ESF dentre todas (53,5%), isso pode estar associado à persistência do modelo assistencial por livre demanda, sem a implantação de agendamentos (BRASIL, 2021).

Algumas peculiaridades da região Norte justificam a existência de obstáculos para as mudanças no modelo, com destaque para as características geográficas, em que grande parte da população é rural e ribeirinha. Os empecilhos no deslocamento e a oferta de atendimento são fatores que influenciam em possíveis insuficiências e falhas no cuidado, favorecendo o atendimento por livre demanda (GARNELO et al., 2018).

Tendo em vista a realização de consultas agendadas e não a procura por atendimento de livre demanda, a existência ainda de uma demanda reprimida para os atendimentos odontológico pode refletir no tempo de espera pela consulta agendada. Todas as regiões, exceto Nordeste, apresentaram crescimento do tempo de espera pelas consultas. Destaque para a região Sudeste (13,2 dias no primeiro ciclo e 17,2 dias no terceiro) como a única a ultrapassar o valor nacional (8,6 dias no primeiro ciclo e 10,1 no terceiro).

O longo tempo de espera pelas consultas é um indicador da falta de acesso aos serviços, principalmente entre os usuários de menor condição financeira. É um fator essencial que influencia na continuidade do cuidado, manutenção de saúde, prevenção de agravos e complicações (CHÁVEZ et al., 2020). Os profissionais de saúde podem considerar plausível o tempo de espera pelo atendimento, uma vez que estão vendo pela perspectiva da oferta do serviço. Para os usuários porém, a espera pode estar relacionada a fatores mais subjetivos atribuídos à sua experiência de sofrimento (BARROS; SÁ, 2010).

Existem apontamentos internacionais que indicaram a crise econômica nas últimas décadas como um fator que implicou no aumento de barreiras de acesso do usuário aos sistemas de saúde. Esse fato pode refletir no crescimento das filas e no tempo de espera para consultas e atendimento (CIRINO et al., 2020).

5.2 Integralidade da atenção em odontologia

5.2.1 Garantia de atendimento

A garantia do atendimento é relativa à atenção à demanda espontânea (variável V5) e à agenda para continuidade do tratamento (variável V6). A atenção à demanda espontânea, segundo a tabela 8, apresentou crescimento nas porcentagens no País e nas regiões Sul e Sudeste nos três ciclos do programa. Nas regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste ocorreu crescimento do primeiro para o segundo ciclo, e se manteve estatisticamente estável no segundo e terceiro ciclos. Destaque para a região Centro Oeste onde o crescimento do primeiro para o terceiro ciclo foi de 21,6%. Durante o último ciclo todos os valores foram superiores a 96%.

Tabela 8. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V5*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	10.682	86,1 ^c	17.768	96,8 ^b	22.542	98 ^a	<0,0001
Sul	1.762	88,9 ^c	2.511	96,7 ^b	2.938	97,9 ^a	< 0,0001
Sudeste	3.598	91,5 ^c	4.922	96,1 ^b	6.063	99,1 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	702	75,7 ^b	1.521	96,7 ^a	1.881	97,3 ^a	< 0,0001
Norte	668	82,3 ^b	1.252	95,3 ^a	1.673	96,3 ^a	< 0,0001
Nordeste	3.952	83,1 ^b	7.562	97,3 ^a	9.987	97,8 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V5 - A equipe realiza atendimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Sobre a garantia de agendamento para o tratamento iniciado (variável V6), a tabela 9 mostra crescimento do primeiro para o segundo, e do segundo para o terceiro ciclo nas regiões Sul (4,2% e 6,6%), Nordeste (9,8% e 9,2%), e também nos valores nacionais (4,8% e 6,4%). As regiões Sudeste e Norte se mantiveram estatisticamente estáveis do primeiro para o segundo ciclo, porém com crescimento no último ciclo do programa. Apenas a região Centro Oeste

obteve crescimento em relação ao primeiro ciclo e se manteve estável durante os dois últimos ciclos. Em comum todas as regiões apresentaram os maiores valores no último ciclo do PMAQ-AB, todos superiores a 96%.

Tabela 9. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V6*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	10.767	86,8 ^c	16.827	91,6 ^b	22.540	98 ^a	< 0,0001
Sul	1.723	86,9 ^c	2.364	91,1 ^b	2.932	97,7 ^a	< 0,0001
Sudeste	3.782	96,2 ^b	4.940	96,5 ^b	6.066	99,2 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	816	88,2 ^b	1.504	95,6 ^a	1.861	96,2 ^a	< 0,0001
Norte	688	84,8 ^b	1.123	85,5 ^b	1.668	96 ^a	< 0,0001
Nordeste	3.758	79 ^c	6.896	88,8 ^b	10.013	98 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V6 - A equipe garante agenda para continuidade do tratamento iniciado?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

5.2.2 Procedimentos realizados na unidade básica

A integralidade foi analisada também através dos procedimentos realizados na unidade de saúde sendo eles aplicação tópica de flúor (variável V7), realização de restaurações em amálgama (variável V8), realização de restaurações em resina (variável V9), exodontias (variável V10) e raspagem e alisamento radicular (variável V11).

O primeiro procedimento analisado foi a aplicação tópica de flúor, segundo a tabela 10, todas as regiões apresentaram proporções maiores que 92%. As regiões Sul e Sudeste se mantiveram estáveis durante todo o PMAQ-

AB, com porcentagens superiores a 97%. A região Norte apresentou crescimento de 5,7% no decorrer dos três ciclos, enquanto a região Nordeste se manteve estatisticamente estável do segundo para o terceiro ciclo. Somente a região Centro Oeste apresentou a maior proporção no segundo ciclo do PMAQ-AB, atingindo 99,3%.

Tabela 10. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V7*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	11.893	95,9 ^b	18.070	98,4 ^a	22.651	98,5 ^a	< 0,0001
Sul	1.949	98,3 ^a	2.550	98,2 ^a	2.958	98,6 ^a	0,5740
Sudeste	3.817	97,1 ^a	4.991	97,5 ^a	5.982	97,8 ^a	0,0754
Centro Oeste	881	95,2 ^c	1.592	99,3 ^a	1.893	97,9 ^b	< 0,0001
Norte	750	92,4 ^c	1.265	96,3 ^b	1.704	98,1 ^a	< 0,0001
Nordeste	4.496	94,5 ^b	7.702	99,1 ^a	10.114	99 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V7 - Realiza: aplicação tópica de flúor.

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Sobre a realização de restaurações em amálgama (variável V8), a tabela 11 demonstra uma redução nas porcentagens em todo o Brasil, onde o último ciclo do programa obteve os menores valores.

Tabela 11. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V8*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	

Brasil	10.987	88,6 ^a	16.349	89 ^a	18.450	80,2 ^b	< 0,0001
Sul	1.728	87,1 ^a	2.257	86,9 ^a	2.313	77,1 ^b	< 0,0001
Sudeste	3.657	93 ^a	4.728	92,3 ^a	5.197	85 ^b	< 0,0001
Centro Oeste	816	88,2 ^a	1.392	88,5 ^a	1.493	77,2 ^b	< 0,0001
Norte	537	66,2 ^a	766	58,3 ^b	766	44,1 ^c	< 0,0001
Nordeste	4.249	89,3 ^b	7.206	92,8 ^a	8.681	85 ^c	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa

* V8 - Realiza: restauração em amálgama.

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

As restaurações em resina (variável V9) foram realizadas com maior frequência em todo o País com o decorrer do PMAQ-AB. O terceiro ciclo apresentou os maiores valores em todas as regiões, nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste superou 99%, na região Nordeste atingiu 98,8% e no Norte 97,7%, conforme tabela 12.

Tabela 12. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V9*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	11.616	93,7 ^c	17.920	97,6 ^b	22.767	99 ^a	< 0,0001
Sul	1.930	97,3 ^b	2.544	98 ^b	2.981	99,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	3.800	96,6 ^b	4.979	97,2 ^b	6.074	99,3 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	857	92,6 ^b	1.590	99,2 ^a	1.919	99,2 ^a	< 0,0001
Norte	709	87,4 ^c	1.251	95,2 ^b	1.697	97,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	4.320	90,8 ^c	7.586	97,6 ^b	10.096	98,8 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V9 - Realiza: restauração em resina.

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A tabela 13 retrata a execução de exodontias (variável V10), onde as regiões Sul, Sudeste e Norte apresentaram crescimento gradual durante os três ciclos do programa. As regiões Centro Oeste e Nordeste aumentaram os valores do primeiro para o segundo ciclo, e não apresentaram variações estatisticamente consideráveis para o terceiro e último ciclo. Todos os valores foram superiores a 90%, exceto o primeiro ciclo da região Centro Oeste onde a frequência de realização foi de 86,3%.

Tabela 13. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V10*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	11.625	93,7 ^c	17.946	97,7 ^b	22.680	98,6 ^a	< 0,0001
Sul	1.904	96 ^c	2.545	98 ^b	2.972	99 ^a	< 0,0001
Sudeste	3.761	95,7 ^c	4.961	96,1 ^b	6.021	98,4 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	822	88,6 ^b	1.519	96,6 ^a	1.881	97,3 ^a	< 0,0001
Norte	731	90,1 ^c	1.264	96,2 ^b	1.705	98,2 ^a	< 0,0001
Nordeste	4.407	92,6 ^b	7.657	98,6 ^a	10.101	98,9 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V10 - Realiza: exodontia.

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

O último procedimento analisado foi raspagem e alisamento radicular (variável V11) e, como indica a tabela 14, em todo o País e em todas as regiões ocorreu um avanço gradativo com o decorrer dos três ciclos do PMAQ-AB. No

terceiro ciclo as regiões Sul, Sudeste e Nordeste atingiram valores superiores a 98%, e as regiões Centro Oeste e Norte superiores a 95%.

Tabela 14. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V11*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	11.310	91,2 ^c	17.749	96,7 ^b	22.566	98,1 ^a	< 0,0001
Sul	1.874	94,5 ^c	2.523	97,2 ^b	2.964	98,8 ^a	< 0,0001
Sudeste	3.712	94,4 ^c	4.979	97,2 ^b	6.049	98,9 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	802	86,7 ^c	1.467	93,3 ^b	1.855	95,9 ^a	< 0,0001
Norte	663	81,7 ^c	1.197	91,7 ^b	1.662	95,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	4.259	89,5 ^c	7.583	97,6 ^b	10.036	98,3 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V11 - Realiza: raspagem e alisamento radicular.

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

5.2.3 Atendimento especializado

A primeira variável relativa ao atendimento especializado analisou a existência de um Centro Especializado de Odontologia (variável V12). A tabela 15 mostra que durante todo o programa as porcentagens não ultrapassaram 71%, nacionalmente o maior valor ocorreu no terceiro ciclo, que atingiu 65,9%. As regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste apresentaram as menores porcentagens durante o segundo ciclo (64,5%, 65,3% e 52,2%), e o primeiro e terceiro se tornaram equivalentes estatisticamente com 65,4% e 68% na região Sul, 69,5% e 71,1% Sudeste e 52,5% e 56,8% Centro Oeste. A região Norte obteve o maior valor, 60,6% no primeiro ciclo, reduziu para 52,4% no segundo e 55,2% no terceiro. A região Nordeste foi a única que apresentou um crescimento gradual do primeiro para o segundo e para o terceiro ciclo (58,7%, 61,3% e 65,2%).

Tabela 15. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V12*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	7.805	62,7 ^b	11.294	61,5 ^b	15.152	65,9 ^a	< 0,0001
Sul	1.297	65,4 ^{a/b}	1.676	64,5 ^b	2.040	68 ^a	0,0196
Sudeste	2.735	69,5 ^a	3.346	65,3 ^b	4.389	71,7 ^a	< 0,0001
Centro	486	52,5 ^{a/b}	822	52,2 ^b	1.099	56,8 ^a	0,0123
Oeste							
Norte	492	60,6 ^a	688	52,4 ^b	956	55,2 ^b	0,0010
Nordeste	2.795	58,7 ^c	4.762	61,3 ^b	6.665	65,2 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa

* V12 - Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para sua equipe?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A primeira especialidade é Endodontia (variável V13), a tabela 16 indica que as regiões Sul e Centro Oeste apresentaram as maiores proporções no primeiro (71,7% e 57,1%) e terceiro ciclo (72,4% e 58,1%), sem diferenças estatisticamente consideráveis. A região Sudeste se manteve estável durante os dois primeiros ciclos e crescimento de 5% no último. A região Nordeste obteve a maior porcentagem no terceiro ciclo do PMAQ-AB, com 69%, contrária à região Norte onde o maior valor foi no primeiro ciclo com 60,6%.

Tabela 16. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V13*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	8.261	66,6 ^b	11.257	61,3 ^c	15.976	69,5 ^a	< 0,0001
Sul	1.422	71,7 ^a	1.693	65,2 ^b	2.173	72,4 ^a	< 0,0001

Sudeste	2.735	69,5 ^b	3.620	70,7 ^b	4.654	76,1 ^a	< 0,0001
Centro	544	57,1 ^a	766	48,7 ^b	1.123	58,1 ^a	< 0,0001
Oeste							
Norte	492	60,6 ^a	599	45,6 ^c	960	55,3 ^b	< 0,0001
Nordeste	3.068	64,5 ^b	4.579	58,9 ^c	7.066	69,2 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V13 - Existe referência para Endodontia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Sobre a especialidade de Periodontia (variável V14), representada na tabela 17, nacionalmente o segundo ciclo apresentou o menor valor, 60,2%. A região Centro Oeste se manteve estável durante todo o programa. As regiões Sul (68% e 68,9%) e Sudeste (70,1% e 71,4%) apresentaram os maiores valores no primeiro e terceiro ciclo. A região Norte apresentou uma queda de 11,8% do primeiro para o segundo ciclo e se manteve estável durante o terceiro, oposta à região Nordeste onde ocorreu uma estabilidade entre o primeiro e segundo ciclo e um crescimento de 6,8% para o último.

Tabela 17. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V14*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	7.889	63,6 ^b	11.055	60,2 ^c	14.990	65,2 ^a	< 0,0001
Sul	1.348	68 ^{a/b}	1.688	65 ^b	2.067	68,9 ^a	0,0070
Sudeste	2.757	70,1 ^a	3.436	67,1 ^b	4.371	71,4 ^a	< 0,0001
Centro	506	54,7 ^a	780	49,6 ^a	1.034	53,4 ^a	0,0551
Oeste							
Norte	467	57,5 ^a	600	45,7 ^b	837	48,2 ^b	< 0,0001
Nordeste	2.811	59,1 ^b	4.551	58,6 ^b	6.681	65,4 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V14 - Existe referência para Periodontia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A tabela 18 retrata os valores referentes à especialidade cirúrgica, onde todas as regiões obtiveram as maiores porcentagens no último ciclo do programa, Sul 79,3%, Sudeste 80,4%, Centro Oeste 61,3%, Norte 58,9% e Nordeste 72,1%. A região Nordeste apresentou o maior crescimento, sendo maior que 10% do primeiro para o terceiro ciclo.

Tabela 18. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V15*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	8.239	66,4 ^b	12.382	67,4 ^b	16.872	73,4 ^a	< 0,0001
Sul	1.480	74,6 ^b	1.936	74,6 ^b	2.380	79,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	2.931	74,5 ^b	3.857	75,3 ^b	4.921	80,4 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	501	54,1 ^b	882	56,1 ^b	1.186	61,3 ^a	0,0002
Norte	439	54,1 ^{a/b}	666	50,7 ^b	1.024	58,9 ^a	< 0,0001
Nordeste	2.888	60,7 ^c	5.041	64,9 ^b	7.361	72,1 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V15 - Existe referência para Cirurgia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A especialidade de Estomatologia (variável V16) apresentou os maiores índices de crescimento de todas as especialidades, como retrata a tabela 19, no Brasil o crescimento do primeiro para o terceiro ciclo foi de 18%. As regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste apresentaram um crescimento maior que o valor nacional sendo 22%, 19% e 24%, respectivamente.

Tabela 19. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V16*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	5.046	40,7 ^c	8.399	45,7 ^b	13.669	59,4 ^a	< 0,0001
Sul	906	45,7 ^c	1.430	55,1 ^b	2.031	67,7 ^a	< 0,0001
Sudeste	2.154	54,8 ^c	3.014	58,8 ^b	4.290	70,1 ^a	< 0,0001
Centro	276	29,8 ^b	505	32,1 ^b	944	48,8 ^a	< 0,0001
Oeste							
Norte	182	22,4 ^b	280	21,3 ^b	625	36 ^a	< 0,0001
Nordeste	1.528	32,1 ^c	3.170	40,8 ^b	5.779	56,6 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V16 - Existe referência para Estomatologia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A tabela 20, sobre a especialidade ortodôntica (variável V17), mostra que as porcentagens não passam de 29% em nenhuma região e nenhum ciclo do PMAQ-AB. O segundo ciclo apresentou os menores valores em todas as regiões (Sul 8,4%; Centro Oeste 8,4%; Norte 7,8% e Nordeste 16,4%) exceto na região Sudeste, onde o segundo e terceiro ciclo obtiveram estatisticamente os mesmos valores (22,3% e 21,3%).

Tabela 20. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V17*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	2.589	20,9 ^a	2.879	15,7 ^b	4.745	20,6 ^a	< 0,0001
Sul	280	14,1 ^a	219	8,4 ^c	341	11,3 ^b	< 0,0001
Sudeste	1.113	28,3 ^a	1.144	22,3 ^b	1.304	21,3 ^b	< 0,0001
Centro	165	17,8 ^a	133	8,4 ^c	241	12,4 ^b	< 0,0001
Oeste							
Norte	125	15,4 ^a	103	7,8 ^b	273	15,7 ^a	< 0,0001

Nordeste	906	19 ^b	1.280	16,4 ^c	2.586	25,3 ^a	< 0,0001
-----------------	-----	-----------------	-------	-------------------	-------	-------------------	----------

Fonte: Dados da pesquisa.

* V17 - Existe referência para Ortodontia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

A especialidade de Implantodontia (variável V18), representada na tabela 21, apresentou os menores valores dentre todas as especialidades, não ultrapassando 11% em nenhum momento do programa. O segundo ciclo apresentou os menores valores em todas as regiões, sem exceções.

Tabela 21. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V18*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	787	6,3 ^b	581	3,2 ^c	1.665	7,2 ^a	< 0,0001
Sul	205	10,3 ^a	154	5,9 ^b	325	10,8 ^a	< 0,0001
Sudeste	277	7 ^a	169	3,3 ^c	342	5,5 ^b	< 0,0001
Centro	74	8 ^a	45	2,8 ^b	134	6,9 ^a	< 0,0001
Oeste							
Norte	54	6,6 ^a	17	1,2 ^b	110	6,3 ^a	< 0,0001
Nordeste	177	3,7 ^b	196	2,5 ^c	754	7,3 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V18 - Existe referência para Implantodontia?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

*** P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Ao analisar os tópicos relativos à garantia de atendimento, relacionaram-se o atendimento à demanda espontânea e a garantia de agenda para continuidade do tratamento. Para ambas ocorreu crescimento na proporção de ESB que relataram realizá-las, onde no último ciclo todas as regiões

apresentaram valores superiores a 96%. A evolução do modelo assistencial e a organização do processo de trabalho, priorizando as diretrizes da PNSB acompanham e justificam esse crescimento.

O modelo assistencial da ESF atrela o atendimento à demanda espontânea e à demanda programada como um recurso para reestruturar a oferta dos serviços. Se torna uma peça chave para integralidade da atenção, além de otimizar o tempo, priorizar e programar com base na análise das necessidades de saúde bucal da população, favorecendo o acesso com equidade (MELO et al., 2016).

Para o atendimento à demanda espontânea a PNSB propôs mudanças no processo de trabalho da ESB, que priorizam métodos acolhedores das necessidades de saúde bucal, um trabalho integrado e interprofissional, envolvendo ações de territorialização, responsabilização e autonomia, educação permanente e criação de vínculo (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

O crescimento no atendimento à demanda espontânea, associado à Política de Humanização com a realização do acolhimento e criação de vínculo indica uma mudança positiva na atenção odontológica. Se abre um leque de mudanças pautadas em tecnologias leves de cuidado para universalizar o acesso. Tais mudanças buscam valorizar momentos de diálogo, o compromisso com a resolução dos problemas de saúde, criação de uma relação de referência entre equipe e usuário e responsabilização com a produção de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

O acolhimento à demanda espontânea na AB tem função essencial na qualidade do atendimento prestado aos usuários. A forma como ocorre a recepção nas unidades de saúde, com acolhimento e escuta qualificada, interfere diretamente na resolutividade do serviço, na promoção de saúde e na criação de vínculo entre profissional e usuário (RODRIGUES; NASCIMENTO, 2020). A interação é baseada em interesse e empatia, refletindo no alívio do sofrimento e alcance do bem-estar, juntamente com a integração com todos os determinantes que se envolvem (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014).

Estudo demonstrou que o crescimento do atendimento à demanda espontânea em todas as regiões pode ser reflexo da implementação de políticas

de acolhimento. O conjunto de mudanças no processo de trabalho desencadeiam avanços na equidade do acesso e revelam relações necessária para os avanços no cuidado à saúde (FRANCO; MERHY, 2011).

Por outro lado, a intensa realização de atendimento à demanda espontânea pode refletir impasses ainda presentes no modelo de assistência da ESF. Atualmente a proposta do SUS busca alcançar o equilíbrio entre oferta e demanda em saúde, através de estratégias para lidar com diversas situações no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa maneira se observaram limitações como a fragmentação do sistema, processo inadequado de acolhimento e de assistência para determinados grupos (ASSIS; DE JESUS, 2012).

Quando o processo de trabalho é realizado sem planejamento a atenção fica atrelada na maioria das situações ao atendimento à demanda espontânea. O modelo tradicional odontológico ainda é centrado nos atendimentos curativos, e isso determina a relação entre a oferta e a demanda. A existência de uma demanda reprimida, resultado do histórico assistencial, modela as práticas que ainda excluem as questões humanas e os determinantes envolvidos das intervenções terapêuticas e a valorização do biológico no cuidado em saúde (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019) .

Warmiling, Baldisserotto e Rocha (2019) afirmaram que entre oferta e demanda, a demanda modela a oferta. Os processos de trabalho ainda se organizam para suprir a necessidades e vontades dos usuários e o espaço de acolhimento produzido acaba não se caracterizando como a tecnologia de inovação proposta.

Chavéz et al. (2020) destacaram que a elevada demanda espontânea na ESF é consequência de dificuldades como a cobertura populacional insuficiente, baixa resolutividade, deficiência de profissionais, ineficácia da gestão e ausência de ações programadas. O processo de trabalho ainda se organiza na lógica da atenção curativa, atividades realizadas dentro do consultório, com poucos recursos e uma elevada demanda reprimida. A autora destacou ainda que o enfrentamento dessas questões exige entendimento e comprometimento dos profissionais de saúde, usuário e gestores.

Segundo Baratieri et al. (2017) a população ainda está acostumada com o modelo tradicional de atenção, sendo muito mais presente o atendimento

biomédico no cotidiano de muitos usuários e unidades. As principais procuras são por medicamentos e pela resolução momentânea dos problemas sem prevenção de agravos e promoção de saúde. Sendo assim o grande atendimento à demanda espontânea sem continuidade pode revelar falhas na integralidade da atenção.

A forma de funcionamento das equipes revela alguns avanços como o planejamento e execução de ações de forma dialogada, o aprimoramento técnico profissional e a associação dos determinantes do processo saúde-doença no cotidiano. No entanto, ainda é dominante a abordagem individual, prescritiva, apoiada em exames e medicamentos, com consultas fragmentadas. Apesar da existência de uma equipe multiprofissional, o cuidado não se dá de forma integrada. Acredita-se que, se não houver uma mudança na forma de produzir a assistência nas USF, não haverá uma redução no atendimento da demanda espontânea e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade (BARROS; SÁ, 2010).

Em análise de unidades onde ocorreu a implantação de agendas para organização das demandas, foi verificada a redução de consultas de urgência. Isso pode se relacionar à inclusão de pacientes na rotina de atendimento preconizado na agenda de saúde bucal. Sugeriu-se ainda que a inserção da saúde bucal na organização da AB possa refletir na redução gradual dos casos de urgência e de demanda espontânea e redução do tempo de espera pelos retornos (MELO et al., 2016).

Os profissionais devem se comprometer com as mudanças, e promover um cuidado efetivo, para isso os aspectos subjetivos envolvidos no cotidiano da vida das pessoas devem ser levados em consideração. Os procedimentos e diálogos não podem se restringir ao momento operatório e centrado no aspecto dentário (GRAFF; TOASSI, 2018).

Garnelo et al. (2018) identificaram em seu estudo a existência de inflexibilidade nas ações das equipes que mantém o foco no atendimento médico, sem preparo para a realização de acolhimento da maneira correta como proposto na PNSB. Ao optar pela realização de procedimentos programados, onde as necessidades dos usuários deixam em segundo plano a criação de

vínculo e acolhimento o reflexo surge na insatisfação dos usuários, extensa demanda espontânea e filas de espera, e a desistência da busca pelo cuidado.

O funcionamento adequado das demandas espontânea e programada exigem ampliação do vínculo com os usuário, correto acolhimento, uma boa gestão da agenda diária para equilíbrio da oferta e demanda viabilizando assim o acesso e a integralidade da atenção (LIMA; CORREIA, 2019).

Entende-se que a consolidação da integralidade nas ações de saúde bucal se dá por meio da ampliação e qualificação das mesmas, com efeito tanto na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde quanto no desenho do processo de trabalho. A formação de um profissional com habilidade técnica para o atendimento no SUS e condições materiais para realização dos procedimentos, interferem diretamente na capacidade resolutiva do atendimento, sendo essa ponto chave para o alcance da integralidade (GRAFF; TOASSI, 2018).

As equipes de ESF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (ROSA; LABATE, 2005). Analisar os procedimentos realizados dentro das unidades permite compreender a resolutividade clínica da ESB, características do processo de trabalho e do modelo de atenção das equipes.

Ao explorar os procedimentos ofertados pelas ESB, percebeu-se que quatro dos cinco apresentaram crescimento em todas as regiões com o decorrer do PMAQ-AB. Em nível nacional aplicação tópica de flúor aumentou 2,9%, restaurações em resina 5,3%, exodontia 4,9% e raspagem e alisamento radicular 6,9%. A realização de restaurações em amálgama apresentou redução nas proporções em todo o País, sendo em nível nacional a redução de 8,4%.

A PNSB colocou a ESB como parte essencial para a saúde geral da população, e adotou a inserção de ações de promoção e proteção da saúde. Dentre as ações propostas estão a fluoretação das águas de consumo, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações de flúor. Sendo a aplicação tópica de flúor a ação individual de maior destaque dentro das unidades (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

O presente estudo ao avaliar a proporção de ESB que realizavam aplicação tópica de flúor, constatou valores entre 92% e 99% nos três ciclos do programa, confirmando a importância e destaque do procedimento. Em estudo de Gonçalves et al. (2020) entre os anos de 2013 e 2014, a aplicação tópica de flúor foi o procedimento mais ofertado pelas ESB em todo o Brasil.

A utilização do flúor gel cresceu a partir do movimento preventivista até os dias de hoje, e já era vista como uma ação de relevância antes da implementação do PMAQ-AB. Estudo realizado por Almeida e Ferreira (2008), onde foram entrevistados profissionais da área odontológica, 95% dos cirurgiões dentistas indicaram a aplicação tópica de flúor como principal ação de prevenção. O procedimento foi predominante nos registros de atividade preventiva do SIA-SUS.

Ao analisar os procedimentos restauradores pode-se observar crescimento na utilização de resina composta, nacionalmente de 5,3%, e redução na utilização do amálgama de 8,4%. As restaurações em amálgama por muito tempo foram consideradas muito eficientes pela sua durabilidade, sucesso clínico e custo-benefício (SANTOS et al., 2017). Apesar da redução na sua utilização, estudos mostraram que o amálgama ainda é um material bastante utilizado, em razão das suas excepcionais características físicas e mecânicas. Fatores que interferem na escolha do material restaurador dependendo do histórico do paciente (SANTOS; DIAS; SANTOS, 2016).

Na comparação entre resinas e amálgama existem propriedades que podem explicar a preferência pela utilização das resinas compostas. As questões estéticas são levadas em consideração, uma vez que na sociedade contemporânea a coloração natural propiciada pelo material em questão é um ponto positivo no seu emprego. Outro conceito atual é exposto pela dentística restauradora, onde se preza pela maior conservação possível da estrutura dental. As resinas apresentam adesividade permitindo um preparo menos invasivo, enquanto o amálgama exige adesão mecânica necessitando um desgaste maior, muitas vezes de tecidos sadios, para a adaptação da cavidade (SANTOS et al., 2017).

Como dito anteriormente, o amálgama é um material ainda de grande funcionalidade para a população, porém o desenvolvimento de técnicas menos

invasivas e materiais que apresentem adesividade tem ganhado espaço dentro do serviço público brasileiro. Dentre esses materiais e técnicas pode ser destacado o tratamento restaurador atraumático (ART), realizado com cimentos de ionômero de vidro, que tem ganhado visibilidade pelo custo e benefícios do material ART (JÚNIOR et al., 2020).

Foram percebidos valores superiores a 97% para realização de aplicação tópica de flúor e restaurações em resina no terceiro ciclo, o mesmo foi observado na realização de exodontias. A grande realização desse procedimento cirúrgico pode revelar diferenças culturais entre as regiões do País, a existência de uma demanda acumulada de extrações pelo histórico de falta de acesso, a conduta de tratamento ainda mutiladora adota pelos cirurgiões dentistas, além da falta de investimentos nas ações preventivas e em materiais e equipamentos que permitam ações mais conservadoras (FILGUEIRA; RONCALLI, 2018).

As regiões com maior investimento nas atividades de promoção e prevenção na saúde bucal, tendem a apresentar uma proporção menor de exodontias em relação as ações curativas e preventivas individuais (FILGUEIRA; RONCALLI, 2018). A melhor distribuição de renda e de maiores níveis de escolaridade também se relacionam com uma melhor percepção de saúde. A maior procura por procedimentos preventivos e curativos e não os mutiladores, ocorre em regiões com essas características, como Sul e Sudeste (GOMES, 2012).

Silva et al. (2018) evidenciaram que no setor público principalmente nas regiões Norte e Nordeste ainda existe uma prestação de serviços odontológico pautado na exodontia. Os autores relacionaram à baixa cobertura de primeira consulta odontológica programática e à baixa realização de procedimentos preventivos coletivos e individuais.

O procedimento periodontal de raspagem e alisamento radicular apresentou crescimento durante o programa, com valores superiores a 95% em todas as regiões e em nível nacional 98,1%. Esse crescimento pode ser associado à implantação da ESF, segundo Chisini et al. (2019) os tratamentos periodontais na AB tiveram um grande salto a partir do ano de 2008, em todas as regiões e continuaram a avançar com o passar dos anos.

Gonçalves et al. (2020), também ressaltaram que procedimentos conservadores podem exigir mais recursos para serem realizados. Assim a decisão clínica por procedimentos mais radicais pode ser retrato da falta de acesso aos exames diagnósticos como radiografias e às referências especializadas como endodontia e radiologia.

O aumento nos procedimentos realizados nas unidades de saúde pode estar relacionado à implantação da ESF, porém não pode ser o único fator de mudança. Deve-se considerar a forma que se deu a implementação, as políticas locais de saúde, incentivo financeiro e a compreensão da atenção primária (BARROS; SÁ, 2010). Para a odontologia a questão financeira é um fator de influência no seu desenvolvimento. Os gestores justificam as falhas na atenção pelos elevados custos de materiais, instrumentais e equipamentos necessários para o atendimento, mesmo na AB (SILVA et al., 2018).

Em 2004 com a publicação das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal foi constatado que apenas 3,5% dos procedimentos odontológicos em todo País correspondiam a atenção especializada, limitando a capacidade de organização da referência e contra referência e o tratamento das sequelas das doenças bucais. Com a PNSB ocorreu a reorganização da oferta e ampliação do acesso aos serviços especializados (ANDRADE; PINTO; ANTUNES, 2020).

Para a qualificação e ampliação da atenção de média complexidade foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). São estabelecimentos de saúde cadastrados como clínica especializada ou ambulatório de especialidade podendo existir em três categorias: CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas). O CEO deve oferecer à população, no seu formato mínimo, os serviços de diagnóstico bucal avançado, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Podem ainda ser ofertados tratamentos ortodônticos e de implantodontia, sendo solicitados pelo gestor à coordenação geral de saúde bucal (BRASIL, 2004).

Em 2003 ocorreu significativo investimento em novas unidades, com financiamento de recursos humanos e infraestrutura. Porém entre 2011 e 2014 fatores como a crise política e financeira refletiram na redução de novas

implantações. Sendo que em 2014, 30,5% dos CEOs do Brasil tiveram seus serviços paralisados por falta de insumos e 40% não conseguiram ofertar as especialidades mínimas exigidas (RIOS; COLUSSI, 2019).

É indiscutível o avanço propiciado pela criação do CEO, na redução das iniquidades do acesso ao serviço especializado e morbidade relacionada à saúde bucal. Até fevereiro de 2013, não existia no Brasil uma política de avaliação de CEO, na citada data o Governo federal expandiu o PMAQ-AB aos centros de especialidade, o chamado PMAQ-CEO, como uma estratégia de ampliação do serviços especializados (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Os ciclos do PMAQ-AB que foram referência para esse estudo, ocorreram durante os anos de 2011 até 2018, e os fatos citados anteriormente, principalmente no ano de 2014 podem explicar a variação entre as regiões, ao relatar a existência CEO de referência. As regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste apresentaram as menores porcentagens durante o segundo ciclo nos anos de 2013 e 2014 sendo 64,5%, 65,3% e 52,2% respectivamente. As especialidades de endodontia e periodontia também apresentaram os menores valores durante o segundo ciclo em todas as regiões, com valores nacionais de 61,3% e 60,2%.

Além dos impasses relativos à cobertura de atenção de média complexidade, outro fator importante a ser avaliado é a qualidade do atendimento ofertado. Estudos de avaliação sobre a produção odontológica ambulatorial e sobre a organização dos CEO indicaram que no Brasil, os estabelecimentos em questão apresentam desempenho aquém do esperado. Dentre os problemas foram citados falhas na organização, especialmente relacionadas ao encaminhamento dos usuários da AB (SOUZA et al., 2015).

Para funcionamento adequando das redes de atenção, foram criados mecanismos de controle como o sistema de referência e contra referência. Assim a AB permanece como pilar central na organização da assistência à saúde. As falhas nesse sistema podem comprometer o funcionamento e resolutividade da AB e do CEO (LINO et al., 2014).

Trabalho realizado por Andrade, Pinto e Antunes (2020), retratou desigualdades entre as macrorregiões ao analisar os procedimentos e especialidade ofertados. Os CEOs das regiões Norte e Nordeste foram classificados com o pior desempenho dentre as regiões, o melhor desempenho

nas regiões Sul e Sudeste e perfil intermediário para a região Centro-oeste. Uma segunda avaliação realizada por Rios e Colussi (2019) associando localização geográfica e o porte populacional dos municípios, a região Centro Oeste apresentou proporcionalmente os melhores resultados de atendimento, enquanto as regiões Norte e Nordeste tiveram os piores.

Apesar do crescimento no número de usuários que conseguiram agendar consultas especializadas, o acesso e tempo de espera ainda representaram um grande problema na rede. Dentre as regiões, a Norte e Nordeste apresentaram menor garantia de continuidade de tratamento (FILGUEIRA; RONCALLI, 2018).

A baixa resolutividade dos CEOs pode estar relacionada à diversas questões. É preciso analisar e considerar o perfil epidemiológico da população local e repensar as metas e as especialidades ofertadas. É também necessário número adequado de profissionais por especialidade, garantia de organização de agendar para reposição de pacientes faltoso, redução das filas e conseqüentemente das altas taxas de desistência (KITAMURA et al., 2016). A forma de marcação e a quantidade de consultas, o tempo de agendamento, problemas relativos à referência e contra referência dificultam a utilização da atenção especializada, comprometendo a integralidade (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015).

Ao analisar as especialidades ofertadas, as referências para endodontia, periodontia e cirurgia foram citadas com maior frequência dentre todas como indicado nas tabelas 16, 17 e 18. Por serem especialidades da composição mínima exigida, a sua presença se faz necessária para que o CEO consiga se manter ativo.

Para cirurgia e periodontia especificamente, pode-se relacionar o baixo custo para seu amparo. As citadas crises de 2014 reduziram o aporte financeiro para os CEO, perdurando assim as especialidades com menor despesas de insumos. Outro fator influente é a falta de resolutividade da AB, tendo visto que grande parte dos procedimentos cirúrgicos e periodontais poderiam ser realizados pelas ESB. Um estudo realizado em municípios da Bahia verificou que mais de 95% dos procedimentos da periodontia realizados nos CEOs eram solucionáveis na AB (ANDRADE; PINTO; ANTUNES, 2020).

As especialidades de implantodontia e ortodontia não fazem parte da composição mínima de oferta. A relação custo-benefício, talvez de forma indevida, ainda é um critério muito frequente nos cuidados de saúde, e a longo tempo pode ser um problema para a rentabilidade do sistema de saúde de um país (FONSECA et al., 2018). Tal fato explica os achados reduzidos de referência para as especialidades de custo elevado como implantodontia e ortodontia, onde os valores não ultrapassaram 11% e 29% respectivamente. Estudo de Gonçalves et al. (2020) é coincidente, onde ao analisar a oferta das mesmas especialidades, o valores foram 4,4% e 19,9%.

Destaque nesse estudo para a especialidade de Estomatologia, responsável pelo diagnóstico avançado, que mesmo não apresentando as maiores porcentagens dentre as especialidades foi a que apresentou maior crescimento chegando a 18% nos níveis nacionais. O câncer bucal é considerado um importante problema de saúde pública no Brasil e implica em altas taxas de morbidade e mortalidade, exigindo o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas à esse cuidado. As Portarias do MS, número 1.570 e 1.571, de 2004, e 599, de 2006, incluíram a Estomatologia como ação prioritária no CEO, como meio de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (MIRANDA et al., 2019).

O destaque dado à prevenção de agravos do câncer bucal justifica o crescimento na implantação da especialidade de Estomatologia. Os movimentos recentes de organização da atenção pública especializada odontológica parecem promissores no sentido de dotar o sistema público de capacidade para o atendimento dessa especialidade (PEREIRA; DIAS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstraram avanços nos serviços odontológicos na AB, porém sem superar por completo as características históricas do modelo assistencial. Em um País com grandes extensões e variações culturais e políticas, a saúde bucal é reflexo das diversas desigualdades.

Ao retratar o acesso aos serviços, percebe-se a influência das características socioeconômicas, geográficas, e da forma de governo de cada região. As regiões Nordeste e Centro Oeste apresentaram uma cobertura populacional crescente se destacando das demais. As características peculiares, da geografia e das políticas de saúde, da região Norte podem ser vistas como fatores que dificultaram o acesso e continuidade do tratamento, sendo predominante o atendimento de livre demanda. As regiões Sudeste e Sul possuem características socioeconômicas mais elevadas, uma maior cobertura de planos privados, o que pode sugerir uma procura reduzida pelo serviço odontológico na rede pública.

A integralidade da atenção, demonstrou sofrer grande influência do modelo assistencial e do processo de trabalho. A organização das agendas para ações de promoção, prevenção e tratamento, e das demandas segundo classificação de risco, é um instrumento que sugere aumento na garantia e continuidade do atendimento. A cobertura do atendimento especializado através dos CEOs, apresentou um crescimento significativo após a PNSB, porém a dependência e redução dos investimentos financeiros fez com que a mesma fosse estagnada em todas as regiões do País. Dentre todas as especialidades a Estomatologia foi a que apresentou maior avanço.

A organização do processo de trabalho e o modelo assistencial parecem refletir tanto no acesso quanto na integralidade da atenção. As regiões que apresentaram maior implantação de equipes que trabalham segundo as diretrizes da ESF apresentaram melhores resultados.

O estudo apresenta limitações por se tratarem de dados secundários quantitativos que podem desconsiderar características específicas e detalhadas. Mas permite que sejam percebidas as diferenças regionais e as mudanças como proposto no início do estudo.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. DE A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 233–242, 1996.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. DE. Avaliação Na Atenção Básica Em Saúde : Uma Revisão De Literatura Evaluation in Basic Health Care : a Literature Review Evaluacion En La Atencion Primaria De Salud : p. 75–80, 2010.
- ALMEIDA, G. C. M. DE; FERREIRA, M. Â. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2131–2140, 2008.
- AMORIM, L. DE P.; SENNA, M. I. B.; PAULA, J. S.; RODRIGUES, L. G.; CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. 1–13, 2021.
- ANDRADE, F. B. DE; PINTO, R. DA S.; ANTUNES, J. L. F. Trends in performance indicators and production monitoring in specialized dental clinics in brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 9, p. 1–11, 2020.
- ASSIS, M. M. A.; DE JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.
- BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 145–162, 2018.
- BARATIERI, T.; ALMEIDA, K. P.; LENTSCK, M. H.; NATAL, S. Percepções de usuários atendidos em um pronto atendimento: olhar sobre a atenção primária à saúde. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 54, 2017.
- BARATIERI, T.; TEIXEIRA, E. N.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no

trabalho do enfermeiro : **Revista Esc Enfermagem USP**, v. 46, n. 5, p. 1260–1267, 2012.

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. DO C. C. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual : percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município Oral health care in the family health program , from its implementation to today ' s moment : aldenísia Alves Albuquerque Barbo. **Ciência Odontologica Brasileira**, v. 10, n. 3, p. 53–60, 2007.

BARROS, D. M.; SÁ, M. DE C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473–2482, 2010.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 408–419, 2018.

BONELLO, A. A. D. L. M.; CORRÊA, C. R. S. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: Estudo de base populacional. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4397–4406, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da saúde OPAS/OMS. **A política nacional de saúde bucal do brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Portaria Nº 18 de 7 de janeiro de 2019, Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF. 2017.

CARRER, F.C.A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAUJO, M. E. SUS e Saúde Bucal no Brasil. p. 167, 2019.

CASOTTI, E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 140–157, 2014.

CELESTE, R. K.; VITAL, J. F.; JUNGER, W. L.; REICHENHIEM, M. E. Séries de procedimentos odontológicos realizadas nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007 Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4523–4532, 2011.

CELESTE, R. K.; OLIVEIRA, S. C.; JUNGES, R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1–14, 2019.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

CHÁVEZ, G. M.; VIEGAS, S. M. F.; ROQUINI, G. R.; SANTOS, T. R. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. 1–9, 2020.

CHISINI, L. A.; MARTIN, A. S. S.; PIRES, A. L. C.; NORONHA, T. G.; DEMARCO, F. F.; CONDE, M. C. M.; CORREA, M. B. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 345–353, 2019.

CIRINO, F. M. S. B.; SCHENEIDER FILHO, D. A.; NICHATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2111, 2020.

COSTA, R. C.; RIBEIRO, I. L. A.; RODRIGUES, L. V.; VALENÇA, A. M. G. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 212, 2018.

COSTA, S. M.; MARTINS, C. C.; PINTO, M. Q. C.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M. H. N. G. Socioeconomic Factors and Caries in People between 19 and 60 Years of Age: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 8, ago. 2018.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: Institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. **Rio de Janeiro: Saberes**, 2013.

FEITOSA, R. M. M.; PAULINO, A. A.; LIMA JÚNIOR, J. O. S.; OLIVEIRA, K. K.D.; FREITAS, R. J. M.; SILVA, W. F. Mudanças ofertadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIRÊDO JÚNIOR, E. C.; UCHÔA, N. C.; PEREIRA, J. V. Análise e caracterização do panorama da distribuição de Cirurgiões-Dentistas no Brasil. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 2, p. 63–67, 2019.

FILGUEIRA, A. DEAGUIAR; RONCALLI, A. G. Proporção De Exodontia E Fatores Relacionados: Um Estudo Ecológico. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, p. 30–39, 2018.

FONSECA, E. P. DA. Comparação entre o uso de serviço odontológico público e privado por adultos do estado de São Paulo, Brasil. **Conexão Ciência (Online)**, v. 12, n. 2, p. 54–63, 2017.

FONSECA, E. P. DA; FONSECA, S. G. O. DAALESSANDRA; MENEGHIM, M. DE C. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. **Abcs Health Sciences Cs**, v. 40, n. 3, p. 184–189, 2015.

FONSECA, E. P.; SILVA JÚNIOR, J. P.; VEDOVELLO, S. A.S.; SOUZA, L. Z.; PERERIRA, A. C.; MENEGHIM, M. C. Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 287–294, 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, v. 7, n. 1, p. 9–20, 2011.

FREITAS, R. J. M.; SILVA, W. F. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016.

GABRIEL, M.; CAYETANO, M. H.; CHAGAS, M. M.; ARAUJO, M. E.; DUSSAULT, G.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ALMEIDA, F. C. S. Admission of dentist in Brazilian universal health system (SUS): A priority agenda for the strengthening of smiling Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 859–868, 2020.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; DA SILVA, C. D. O. Health regionalization in Amazonas: Progress and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, 2017.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. **Política de saúde: o público e o privado**, p. 177–198, 1996.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 158–164, 2014.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C.; SILVEIRA, F. M. M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, p. 81–89, 2012.

GOMES, M. J. Evolução das políticas públicas de saúde bucal: de 1930 a 2010. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 71–77, 2012.

GONÇALVES, A. J. G.; PEREIRA, P. H. S.; MONTEIRO, V.; SILVA JUNIOR, M. F.; BALDANI, M. H. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 725–738, 2020.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 1–24, 2018.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010.

JÚNIOR, A. DO C.; MIRANDA, W. F.; MILHOMEM, C. N. R.; SANTOS, A. F. Aplicabilidade do tratamento restaurador atraumático: revisão de literatura. **JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY**, v. 1, n. 21, p. 40–50, 2020.

KITAMURA, E. S.; BASTOS, R. R.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 1, p. 137–148, 2016.

LIMA, R. S.; CORREIA, I. B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2021, 2019.

LINO, P. A.; WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D.; ABREU, M. H. N. G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3879–3888, 2014.

LISTL, S.; GALLOWAT, J.; MOSSEYS, P. A.; MERCENES, W. Global Economic Impact of Dental Diseases. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1355–1361, out. 2015.

MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**, v.5, São Paulo, 2013.

MARTINS, P. H. S.; AMARAL JÚNIOR, O. L.; SILVA, D. D. F.; TORRES, L. H. N.; GIORDANI, J. M. A. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. **Stomatos**, v. 23, n. 45, p. 4–13, 2017.

MATTA, G. C. A Organização Mundial Da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da família: Entraves, avanços e desafios. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373–382, 2014.

MELO, L. M. L. L.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SALIBA, N. A. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal TT - The construction of a shared management schedule to reorganise the oral health demand. **Rev. Ciênc. Plur**, v. 2, n. 1, p. 42–55, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde Health care networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355–2365, 2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Health services utilization: a systematic review of related factors. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 819–832, 2001.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde e Debate**, v. 27, n. 65, p. 316–23, 2003.

MIRANDA, F. A.; ARAÚJO, L. O.; MELO, M. R.; BARBOSA, R. C.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, F. P. S. L. Políticas Públicas Em Saúde Relacionadas Ao Diagnóstico Precoce E Rastreamento Do Câncer Bucal No Brasil. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p. 86–95, 2019.

MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; LAWDER, J. A. C.; LIMA, L. S. M.; BUENO, R. E.; MOYSES, S. J. MOYSES, S. T. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1827–1834, 2010.

MOTA, R. R.; DAVID, H. M. S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Questões a problematizar. **Revista Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 122–127, 2015.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: Caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. SPEC. ISS., p. 141–147, 2006.

NASCIMENTO, A. C.; MOYSÉS, S. T.; BISINELLI, J. C.; MOYSÉS, S. J. Oral health in the family health strategy: A change of practices or semantics diversionism. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 455–462, 2009.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. DO A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde

bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809–1820, 2019.

NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; TOMASI, E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 3, p. e20171170, 2018.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; DA SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 241–246, 2008.

OLIVEIRA, J.-L. C. DE; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 297–302, 2005.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**, p. 324, 1997.

PEREIRA, C. C. T.; DIAS, A. A. Abordagem do câncer da boca : uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services. v. 28, p. 30–39, 2012.

PINHEIRO, P. M.; DE OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 36, p. 187–198, 2011.

PINHEIRO, R. S.; DE TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entrees Estados do Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 999–1010, 2006.

PINHO, J. R. O.; SOUZA, T. C.; BÔAS, M. D. V.; MARQUES, C. P. C.; NEVES, P. A. M. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Revista da Associacao Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 69, n. 1, p. 80–95, 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** *Reciis*, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 358–372, 2014.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: Uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 273–284, 2015.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829–1844, 2017.

PUCCA JUNIOR, G. A.; COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. Oral health policies. **Pediatric dentistry**, v. 26, n. 7, p. 16–61, 2004.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 122–136, 2019.

RODRIGUES, J. S. F.; NASCIMENTO, R. DE C. DE S. Acolhimento Na Atenção Básica: Uma Revisão Da Literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, p. 169–181, 2020.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem.**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

SANCHEZ, H. F.; AZEREDO, M.; WERNECK, F.; HENRIQUE, J.; AMARAL, L. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 13, p. 201–214, 2015.

SANTOS, D. T.; DIAS, K. R. H. C.; SANTOS, M. P. A. DOS. Amálgama dental e seu papel na Odontologia atual. **Revistas**, v. 73, n. 1, p. 64, 2016.

SANTOS, J. A.; RODRIGUES, B.; CANDIDO, M.; RIBEIRO, D.; GUIMARÃES, D.; FETTER, J.; LIMA, J. P.; PAICA, C.; OLIVEIRA, S.; DAME-TEIXEIRA, N.; SILVA, M. B. Uso Atual E Futuro Do Amálgama Dental. **Oral Sciences**, v. 9, n. 1, p. 11–17, 2017.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: Encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 13, n. SUPPL. 2, p. 2009–2018, 2008.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. DOS A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saude Publica**, v. 49, 2015.

SCHWENDICKE, F.; DORFER, C. E.; SCHLATTMANN, P.; PAGE, L. F.; THOMSON, W. M.; PARIS, S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. **Journal of dental research**, v. 94, n. 1, p. 10–18, jan. 2015.

SEERIG, L. M.; NASCIMENTO, G. G.; PERES, M. A.; HORTA, B. L.; DEMARCO, F. F. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. **Journal of dentistry**, v. 43, n. 9, p. 1051–1059, set. 2015.

SEIDL, H. M. F.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. L. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 94–108, 2014.

SILVA, C. S. DE O.; FONSECA, A. D. G.; SOUZA, L. P. S.; SILVA, C. S.; SIQUEIRA, L. G.; BELASCO, A. G. S.; BARBOSA, D. A. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407–4415, 2014.

SILVA, S. E.; ARAÚJO, J. H. P.; LAUREANO, I. C. C.; FARIAS, L.; ALECAR, C. R. B.; CAVALCANTI, A. L. Caracterização do modelo de atenção básica à saúde bucal na região nordeste no período de 2015-2017. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 10, p. 402–407, 2018.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos: Análise da desigualdade na utilização. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 3, p. 586–596, 2015.

SOUZA, G. C.; SOUZA LOPES, M. L. D.; RONCALLI, A. G.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; CLARA ROSA, I. C. Referência e contra referência em saúde bucal: Regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Publica**, v. 17, n. 3, p. 416–428, 2015.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, S. R.; CARVALHO, D. M.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. p. 1–11, 2017.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: A conceptual note. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 5, p. 1168–1173, 2008.

THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D. DE; COSTA, J. S. D. DA. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 545–550, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

UCHÔA, S. A. DA C. et al. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 100–113, 2018.

VIACAVA, F. Os brasileiros e os serviços de saúde. **Radis** 96, 2010.

VIDAL, T. B.; ROCHA, S. A.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; TESSER, C. D. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 1, p. 38–53, 2019.

VILELA, S. DE C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 96–102, 2014.

VIRMOND, M.C.L. **Saúde bucal e SUS**. Salusvita, v. 25, p. 5-7, 2006.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, p. 1–15, 2019.

ZANETTI, C.H.C.; LIMA, M.A.U.; RAMOS, L.; et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Saúde para debate**, v. 13, p. 18-35, 1996.

Acesso à saúde bucal no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2021-0669
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Oral Health, Health Services Accessibility, Primary Health Care

SCHOLARONE™
Manuscripts

Acesso à saúde bucal no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB**Access to oral health in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB**

RESUMO

A pesquisa quantitativa, tem como objetivo analisar o acesso à saúde bucal na Atenção Básica no Brasil, segundo dados da avaliação externa dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foi analisada a inserção das Equipes de Saúde Bucal em relação ao total de equipes participantes nos três ciclos, e selecionadas três variáveis relativas ao agendamento, do primeiro e terceiro ciclo (o segundo ciclo foi excluído por não apresentar correspondência). A amostra foi composta por 17.202 equipes no primeiro ciclo, 29.778 no segundo e 37.350 no terceiro, e por 46.362 usuários do primeiro e 62.161 do terceiro. Os dados foram coletados no site do Ministério da Saúde, agrupados por regiões e analisados pelos testes de Teste Qui-quadrado e Marascuilo. Observou-se, à nível nacional, aumento na cobertura, porém redução na proporção de Equipes de Saúde Bucal de 72% para 61%; crescimento no agendamento de primeira consulta de 56% para 92%, e aumento de agendamento de retornos de 61% para 67%. Os dados mostram avanço mas uma cobertura ainda insuficiente, sendo maior na presença da Estratégia Saúde da Família. O acesso sofre influência das características socioeconômicas e do modelo assistencial de cada região.

Palavras-Chaves: Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The quantitative research aims to analyze access to oral health in Primary Care in Brazil, according to data from external evaluation of the three cycles of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. The insertion of the Oral Health Teams in relation to the total number of participating teams in the three cycles was analyzed, and three variables regarding the scheduling of the first and third cycle were selected (the second cycle was excluded because its questions did not correspond). The sample consisted of 17.202 teams in the first cycle, 29.778 in the second and 37.350 in the third one, and of 46.362 users in the first cycle and 62.161 in the third one. Data were collected on the website of the Ministry of Health, grouped by region and analyzed using Chi-square and Marascuilo Tests. It was observed, at national level, the reduction in the proportion of Oral Health Teams from 72% to 61%; growth in the scheduling of a first appointment from 56% to 92%, and increase in scheduling returns from 61% to 67%. The data display progress, but coverage is still insufficient, being greater in the presence of Family Health Strategy. Access is influenced by the socioeconomic characteristics and assistance model of each region.

Keywords: Oral Health. Health Services Accessibility. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As condições de saúde bucal são consideradas um problemas de saúde coletiva tendo em vista sua prevalência e grande impacto social. No mundo, os gastos estimados com o tratamento de doenças bucais, em 2010, foram de 298 bilhões de dólares, sendo esse valor 4,6% dos gastos globais com saúde, que somados aos custos indiretos como falta ao trabalho e perda de produtividade, podem chegar a 442 bilhões de dólares¹.

Os problemas bucais estão diretamente ligados a determinantes sociais e econômicos. Estudos mostram que a maioria das lesões de cárie está concentrada em grupos que vivem em condição de pobreza relativa ou absoluta². A baixa condição socioeconômica está diretamente ligada à pior saúde periodontal na vida adulta³. Como consequência, populações com piores condições apresentam maior chance de perda dentária⁴. No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde, tendo grande relação com escolaridade, renda e condição socioeconômica⁵.

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, criada em 2004, marca a inserção mais efetiva da odontologia dentro dos serviços do SUS. Pretendendo romper com o modelo até então dominante, a política firma o reconhecimento das necessidades da população, a integralidade do cuidado e o fortalecimento da AB⁶. O Brasil Sorridente se iniciou com quatro eixos: ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), criação dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEO), ampliação da fluoretação e a vigilância da saúde bucal⁷.

Foi um marco na história e no desenvolvimento da saúde bucal no País, sendo reconhecida mundialmente como maior programa público de atenção à saúde bucal. Foram estabelecidas diretrizes que buscavam desenvolver ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde bucal, através da reorganização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, além de priorizar ações multidisciplinares e multiprofissionais⁸.

No Brasil, os serviços de saúde avançaram com o SUS e com a ampliação da Atenção Básica (AB) como principal meio de efetivação do sistema, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um dos principais fatores desses avanços. A inclusão da odontologia na AB resulta em dados importantes, como o expresso no levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, em que se observou uma redução do CPO-D entre escolares que era de 6,7 nos anos de 1990 para 2,07, porém o índice de

1
2
3 edentulismo ainda permaneceu elevado, sendo 53,7% dos brasileiros entre 65 e 74 anos,
4 considerados desdentados⁹.

5
6 A PNSB estabelece diretrizes para a saúde bucal com o objetivo de criar fluxos
7 para ações mais resolutivas em todos os níveis. Propõe ampliação e qualificação da AB
8 através do desenvolvimento de ações de prevenção, aumento e resolutividade do pronto
9 atendimento, execução de procedimentos de maior complexidade, ampliação do acesso
10 e intervenções que busquem a integralidade da atenção. Sendo assim, o
11 desenvolvimento da saúde bucal na AB se constitui em um meio para provocar
12 mudanças e enfrentar um modelo hegemônico de atendimento que ao longo do tempo
13 dificultou o avanço das práticas odontológicas¹⁰.

14
15 Dentro do SUS o acesso aos serviços de saúde é um termo amplo que envolve
16 questões políticas, econômicas, sociais, organizativas e técnicas, as quais estão
17 relacionados com a possibilidade de adentrar ao sistema. Pode ser considerada a
18 primeira etapa a ser superada pelo usuário na busca pelo atendimento, e aborda fatores
19 como a localização da unidade de saúde, disponibilidade de horários e dias de
20 atendimento, realização de consultas sem agendamento e capacidade técnica dos
21 profissionais¹¹.

22
23 Acesso é o princípio da AB que caracteriza a capacidade de oferecer ou
24 direcionar o serviço de saúde que a população daquele território demanda, independente
25 do seu grau de complexidade, com qualidade e eficiência. De acordo com a portaria nº
26 2.488, de 21 de Outubro de 2011 da PNAB, a AB, deve “possibilitar o acesso universal
27 e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de
28 entrada aberta e preferencial da rede de atenção”¹².

29
30 Em 2011, com o objetivo de realizar uma gestão pública baseada na indução,
31 monitoramento e avaliação de processos e resultados, o Ministério da Saúde (MS) criou
32 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
33 (PMAQ-AB). O PMAQ-AB faz parte de um conjunto de programas e ações chamado
34 “Saúde mais perto de você” e traz como principais objetivos a melhoria do acesso e da
35 qualidade de todos os serviços da AB, a institucionalização da cultura de avaliação da
36 atenção em saúde, juntamente com a possibilidade de desenvolver um padrão de
37 qualidade para comparação nacional, regional e localmente, permitindo transparência,
38 direcionamento e efetividade das ações voltadas a AB¹³.

39
40 O PMAQ-AB acontece de forma cíclica, até o presente momento foram
41 finalizados três ciclos, o primeiro entre 2011 e 2012, o segundo de 2013 a 2014 e o
42

1
2
3 terceiro de 2015 a 2018. Cada ciclo é composto por fases que se complementam,
4 programa em sua última versão é composto por: adesão e contratualização, avaliação
5 externa, certificação e recontratualização ¹⁴.
6
7

8 A avaliação externa, segunda fase do programa, ocorre mediante parceria do
9 DAB e Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País, onde uma equipe treinada
10 e capacitada pelas IEP, comparece fisicamente até a UBS, para coleta de informação
11 afim de verificar os padrões de acesso e qualidade estabelecidos. São realizadas
12 verificações de infraestrutura e funcionamento da unidade, mediante observação,
13 entrevista com os funcionários e também com usuários ¹⁴.
14
15
16
17
18

19 O estudo tem como objetivo analisar a evolução da assistência odontológica nas
20 regiões do Brasil, em relação ao acesso, a partir dos dados do PMAQ-AB. Verificar a
21 inserção dos serviços odontológicos na Atenção Básica, dentro das equipes
22 participantes do PMAQ-AB e investigar a evolução das variáveis relativas ao
23 agendamento de consultas de odontologia, tempo de espera, agendamento de retorno.
24
25
26
27
28

29 MÉTODOS

30 Se trata de um estudo de enfoque quantitativo do tipo transversal e analítico,
31 onde a amostra envolve inicialmente todas as equipes (EAB e ESF) participantes do
32 PMAQ-AB e da avaliação externa nos três ciclos. Em seguida os usuários entrevistados
33 durante o processo de avaliação externa do primeiro e terceiro ciclo apenas, que
34 possuíam uma ESB de referência. Todos os dados foram agrupados por região do País,
35 como indica a tabela 1.
36
37
38
39
40

41 Coletaram-se dados secundários, os quais são referentes as respostas dos
42 questionários pertencentes ao instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB,
43 aplicados nos três ciclos do programa, o primeiro em 2011/2012, o segundo 2013/2014
44 e o terceiro 2015/2018. A coleta foi realizada no banco de dados do programa,
45 disponível no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>).
46
47
48
49

50 Cada módulo é composto por questões, as quais são preenchidas através da
51 observação do avaliador e das respostas dos entrevistados (profissionais e usuários). Ao
52 longo dos anos os módulos foram sofrendo alterações tanto na quantidade quanto no
53 conteúdo das questões abordadas. Para a seleção dos dados foi levado em consideração
54 a existência da mesma pergunta, direcionada ao mesmo quadro de entrevistados, nos
55 três ciclos do PMAQ-AB a fim de possibilitar uma comparação válida. Tal motivo
56 excluiu os usuários do segundo ciclo, pois a forma como a entrevista foi estruturada
57
58
59
60

1
2
3 interferia no número de usuários entrevistados. As variáveis selecionadas foram V1-
4 Relação equipes com saúde bucal/total de equipes; V2- O senhor consegue agendar
5 atendimento com o dentista nessa unidade?; V3- Qual o tempo de espera? (Dias); V4-
6 O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?
7
8
9

10 Os dados foram agrupados por regiões geográficas, organizados em um banco
11 próprio, registrados em planilhas no Excel e posteriormente apresentados em tabelas e
12 gráficos. As questões abordadas trazem como resposta, no banco de dados do MS, um
13 valor numérico que faz referência às respostas positivas como sim e possui, e outro
14 valor referente a repostas negativas como não, não possui, não soube ou não respondeu.
15
16
17
18

19 No primeiro bloco, na variável V1, aborda a inserção dos serviços
20 odontológicos dentro da AB, analisando o número de equipes com saúde bucal em
21 relação ao total (EAB e ESF). Em cada uma das regiões (Sul, Sudeste, Centro Oeste,
22 Norte e Nordeste), durante os três ciclos.
23
24
25

26 Em sequência foram analisadas as variáveis retiradas do questionário da
27 avaliação externa. No primeiro bloco ainda, a comparação foi feita entre o primeiro e
28 terceiro ciclo para cada uma das regiões (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste).
29 A variável V2 foi analisada selecionando apenas as respostas SIM e NÃO,
30 representando usuários que procuraram atendimento odontológico. As variáveis V3 e
31 V4 tiveram como n os usuários que declararam conseguir atendimento odontológico na
32 unidade seguindo as respostas da V2. Utilizou-se estatística inferencial, aplicando o
33 teste Cochran Mantel Haenszel para verificar a presença de diferenças estatísticas
34 significativas, seguido do Teste Qui-quadrado para K proporções e Marascuilo para
35 análise das frequências. Exclusivamente para a variável V3 foi realizado cálculo do
36 tempo médio, através de estatística descritiva.
37
38
39
40
41
42
43
44
45

46 RESULTADOS

47
48 A tabela 2 retrata a inserção de equipes de saúde bucal na AB, e indica que
49 houve aumento do número de ESB, esse aumento no entanto não acompanhou e mesma
50 evolução das EAB e ESF, evidenciando uma redução nessa relação com o decorrer dos
51 ciclos do PMAQ-AB em todas as regiões. No primeiro ciclo, em nível nacional, 72,1%
52 das EAB e ESF possuíam referência de ESB já no terceiro ciclo esta relação foi de
53 61,6%. As regiões Centro Oeste e Nordeste se mantiveram acima dos valores nacionais
54 durante todo o programa com 83,4% e 85,5% no primeiro ciclo, 70,1% e 72,1% no
55
56
57
58
59
60

segundo e 73,3% e 73,8% no terceiro, respectivamente. A região Sudeste foi detentora dos menores valores, não ultrapassando 60% nos três ciclos do programa.

Destaque à região Nordeste, sendo a única que obteve crescimento estatisticamente considerável do segundo para o terceiro ciclo, atingindo 73,8%. As regiões Sudeste e Centro Oeste se mantiveram estatisticamente estáveis na passagem para o último ciclo, com 49,5% e 73,3% respectivamente. As regiões Sul e Norte reduziram os valores, concluindo o programa com 54,8% e 56,8% de equipes com saúde bucal.

O agendamento envolveu questões onde os usuários relataram sucesso no agendamento de consulta odontológica (V2), o tempo de espera por essa consulta (V3), agendamento de retornos (V4). A primeira variável abordada (V2), como mostra a tabela 3, apresentou um crescimento significativo nas frequências de respostas positivas com o decorrer do programa, em todas as regiões do País. Sendo esse acréscimo de 32,5% na região Sul, 41,9% Sudeste, 44,6% Centro Oeste, 40,9% Norte e 27,9% Nordeste. Quando observado separadamente os ciclos, o primeiro apresentou valores entre 45,6% e 66,6% e o terceiro variou entre 88,7% e 95,4%.

Na tabela 4, observa-se que ocorreu um aumento no tempo médio de espera pela consulta agendada (V3) em todas as regiões, exceto na região Nordeste. A região Sudeste apresentou os maiores valores dentre todas as regiões, sendo a única a ultrapassar a média nacional no primeiro e terceiro ciclo.

Quando questionados sobre o agendamento de retorno (V4), durante todo o programa e em todas as regiões, as porcentagens de respostas positivas variaram entre 50% e 75%. As regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste apresentaram crescimento do primeiro para o terceiro ciclo, enquanto as regiões Sudeste e Norte se mantiveram estatisticamente estáveis (tabela 5).

DISCUSSÃO

Principalmente a partir dos anos 2000, percebe-se um interesse em promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral. O incentivo para a união de saberes que alcancem a promoção de saúde, atuação sobre os determinantes sociais, e a incorporação de práticas baseadas em evidências, em busca de mudanças efetivas e que supram a demanda populacional de atenção à saúde bucal ¹⁵.

1
2
3 Ressaltam-se as ações institucionais federais em 2005, o financiamento
4 específico para atenção à saúde bucal, tanto para atenção básica quanto para a atenção
5 especializada, fortalecendo a PNSB para execução das ações. Destaque ainda para o
6 reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as ESB. Após a
7 PNSB, os governos subsequentes acompanharam um crescimento significativo de ESB
8 no País. Em 2006 o número de ESB era de 15.806, um aumento de 254% em relação
9 ao ano de 2002, em 2010 totalizou 20.424 equipes com um crescimento de 35,4%, e
10 em 2014 um aumento de 18,7% com 24.243 ESB no Brasil ⁹.

11
12 O presente estudo mostrou que apesar dos investimentos na atenção
13 odontológica, o número de ESB não acompanhou o aumento no número de equipes de
14 AB ou ESF inscritas no PMAQ-AB, apontando assim, no primeiro ciclo os maiores
15 valores proporcionais. Como demonstram dados do Ministério da Saúde, ao abordar as
16 eSF do País, a cobertura populacional com ESB vinculadas ainda seguem valores
17 inferiores quando comparadas ao total. No Brasil, em abril de 2020, a cobertura de ESF
18 é de 65,3% e ESF com saúde bucal 43,36%; na região Sul 67,2% e 37,7%; Sudeste
19 53,5% e 28,5%; Centro Oeste 66,1% e 50%; Norte 65,3% e 42,8% e Nordeste 82,4% e
20 68,4% ¹⁶.

21
22 Acredita-se que a cobertura populacional de ESB possa ter relação com a
23 implantação da ESF ¹⁷. É possível afirmar que existe uma maior cobertura de saúde
24 bucal onde a ESF tem maior vigência, justificando assim algumas diferenças regionais,
25 como os maiores valores encontrados na região Nordeste e os menores no Sudeste do
26 País.

27
28 Estudos destacam que apesar do crescimento na cobertura, ainda existe um
29 reflexo de desigualdade entre as regiões brasileira apontam que as ESB modalidade II
30 estão mais presentes em municípios com melhores condições sanitárias e mais
31 desenvolvidos, com IDH muito alto. Ainda segundo os autores dentre todas as regiões,
32 Sudeste apresenta o maior índice (15%), enquanto as regiões Nordeste e Norte 4% e
33 8% respectivamente. As equipes de saúde bucal tipo I, são predominantes em todas as
34 regiões, em maiores valores no Nordeste 90% e Norte 84%. A modalidade I também se
35 faz mais presente em município com IDH muito baixo e baixo (86% e 89%) ¹⁸.

36
37 Houve um aumento considerável de cobertura populacional pela ESF em todo
38 o País, porém a descentralização na gestão permitiu grande variação na qualidade da
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 atenção. Sendo assim, a maior disponibilidade de serviços não resulta obrigatoriamente
4 em uma melhoria significativa que garanta a cobertura universal e equitativa ¹⁹.

7
8 A grande extensão territorial, variantes culturais, geográficas e socioeconômicas
9 fazem do Brasil um país com muitas diferenças regionais. As diferentes características
10 refletem na forma de organização e gestão dos sistemas de cada região,
11 conseqüentemente no acesso e na assistência à saúde bucal. A universalização do acesso
12 depende de um contexto locorregional e engloba todas as características sócio
13 demográficas ²⁰.

17
18 As regiões Nordeste e Centro Oeste se destacaram em relação ao crescimento
19 da cobertura de equipes odontológicas, sendo as únicas a ultrapassarem os valores
20 nacionais durante todo o decorrer do PMAQ-AB (2011-2018). Segundo Pinho ²¹, 2015,
21 as duas regiões já possuíam destaque no ano de início do programa onde, ao analisar os
22 indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde para 2010 e 2011, o qual
23 estabeleceu uma meta de 40% de cobertura populacional por equipes de saúde bucal,
24 somente essas duas atingiram a meta.

30
31 Evidenciando a região Nordeste, detentora dos maiores valores de ESB no início
32 do PMAQ-AB e crescimento no último ciclo. A elevada atenção à saúde bucal pelo
33 SUS verificada na região, pode ser explicado, em parte, pelo pioneirismo e intensa
34 presença do PSF, o qual passou a incorporar a ESB em 2000 ²².

37
38 Observa-se que o número de ESB varia entre as regiões brasileiras, e ressalta-
39 se que a quantidade de municípios, número de unidades de ESF, de usuários e
40 profissionais disponíveis para cada região é diferente ²³. Sendo o Nordeste, a região
41 com a segunda maior população, terceiro maior território e PIB, além das condições
42 socioeconômicas que sugerem a necessidade de uma cobertura maior de serviços
43 disponíveis à população ²⁴.

48
49 O acesso aos serviços pode muitas vezes não refletir de fato o uso do mesmo,
50 partindo do princípio de que as pessoas podem exercer o direito de não usar os
51 serviços. Acesso refere-se à oferta enquanto o uso reflete uma combinação de oferta e
52 demanda. Políticas que aumentam o acesso aos serviços de saúde podem não ter
53 impacto no uso dos mesmos ²⁵. Estudos indicam ainda que o acesso aos serviços
54 odontológicos está relacionado a fatores socioeconômicos, demográficos, individuais e
55 a capacidade de pagar pelo serviço do que a oferta em si ²⁰.

1
2
3 A preferência pelo uso dos planos privados pode influenciar na redução da
4 cobertura de ESB percebida nas regiões Sudeste e Sul. A região Sudeste exibe a menor
5 proporção de cobertura dentre as regiões, em contrapartida a maior proporção de
6 beneficiários de planos de saúde, incluindo aqueles exclusivamente odontológicos. A
7 região Sul apresenta também grande parte da população coberta por plano de saúde
8 privados, sugerindo relação com a redução na cobertura de ESB e um menor número
9 de usuários dependentes ²³.

10
11
12 A distribuição dos cirurgiões dentistas entre os setores particular e privado, pode
13 sugerir uma maior oferta e procura da população. A proporção entre cirurgiões dentistas
14 e a população de cada região, mostra uma quantidade maior de profissionais nas regiões
15 Centro Oeste, Sudeste e Sul (1/519, 1/488 e 1/541) e menor no Nordeste e Norte
16 (1/1.060 e 1/948) ²⁶. Entretanto estudo de Gabriel ²⁷ 2020, demonstra que 48% dos
17 dentistas cadastrados no CNES estão atuando no SUS, nas regiões Norte e Nordeste a
18 maioria dos profissionais possui vínculo com o setor público (61% e 67%
19 respectivamente). Nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul prevalece a associação ao
20 setor privado.

21
22
23 O maior uso dos serviços públicos pela população mais vulnerável pode indicar
24 uma tendência à equidade. O sistema tem diminuído as desigualdades de acesso aos
25 serviços porém ainda distante do ideal igualitário ²⁸. As necessidades assistenciais
26 diferentes entre as regiões pode ser reflexo das disparidades de cobertura populacional.
27 A Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasil (SB Brasil 2010)
28 mostra a região Norte com o maior índice de dentes cariados na faixa dos 12 anos, 35
29 a 44 anos e também entre 65 e 74 anos. Nos resultados encontrados a região apresentou
30 redução na cobertura de ESB durante os ciclos do PMAQ-AB, de 77,6% no primeiro
31 ciclo para 56,8% no terceiro.

32
33
34 Embora a descentralização imponha uma responsabilização da gestão local, o
35 financiamento federal é um importante indutor de avanços e garantias do direito à saúde
36 ²⁹. As políticas de saúde do governo federal, para a região Norte especificamente,
37 sofrem de baixa institucionalidade, descontinuidade e negligência às próprias
38 características. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e perduram
39 ainda as dificuldades de gestão na esfera municipal. Associam-se ainda à baixa renda,
40 dispersão populacional e dificuldades geográficas típicas da região, resultando em
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 dificuldades de acesso que penalizam a população dependente. Um combinado de
4 fatores que implicam diretamente na oferta insuficiente de toda a rede de AB ³⁰.

7 A ESF se posiciona como eixo central no processo de reestruturação do sistema
8 de saúde, tendo como base a APS. São propostas mudanças no modelo assistencial da
9 AB para ESF, onde as práticas devem ser orientadas e organizadas considerando os
10 determinantes sociais, o indivíduo no seu contexto familiar e comunidade, além das
11 influências socioculturais ³¹.

16 O presente estudo mostrou crescimento na realização de agendamentos de
17 consultas odontológicas em todas as regiões do País. A mudança no modelo assistencial
18 proposta pela ESF, válida o crescimento da oferta e utilização dos atendimentos
19 agendados. Reflexo da reorganização do sistema, com o abandono gradativo do sistema
20 de livre demanda com fichas e filas de espera, passando a estruturação de agendas com
21 horários definidos de acordo com grupos prioritários e classificação de risco ³².

27 O MS prevê que as agendas de atendimento individual sejam divididas entre
28 atendimento à demanda espontânea e atendimento à demanda programada. O bom
29 andamento da AB deve equilibrar as duas demandas de forma a garantir o acesso e a
30 continuidade do tratamento ³³.

35 Estudo realizado por Melo ³⁴, 2016, relaciona o aumento do indicador de
36 primeira consulta odontológica programática com o crescimento do acesso aos serviços
37 odontológicos. Na atenção à saúde bucal o acesso pode ser medido pela primeira
38 consulta, mas é necessário considerar a conclusão do tratamento. É preciso garantir a
39 adesão aos tratamentos programáticos, busca ativa de faltosos, agendamento de
40 retornos, lembrete aos usuários das consultas agendadas e oferecer referências
41 especializadas capazes de garantir a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados
42 ³⁵.

49 Os resultados encontrados em respeito ao agendamento de retornos
50 apresentaram avanços nas regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste, porém em proporções
51 menores que o agendamento de consultas. O fato observado pode refletir as dificuldades
52 ainda presentes na concretização do modelo assistencial da ESF.

57 Um dos pontos propostos pela estratégia que busca garantir o acesso e a
58 continuidade do tratamento é a criação do vínculo. Uma tecnologia leve e relacional,
59

1
2
3 que contribui para mudança do modelo centrado na doença, o vínculo passa a valorizar
4 a longitudinalidade do cuidado ³⁶. Contribui para a criação de uma relação interpessoal
5 entre profissional e usuário, ampliando o processo de corresponsabilização com
6 potencial terapêutico ³⁷.
7
8
9

10 O estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário evita que o tratamento
11 biomédico seja o centro, cria-se uma relação de cuidado contínuo e não apenas
12 momentâneo ³⁸. Pode-se assim explicar uma maior existência de agendamento de
13 primeira consulta e procura por atendimento pontuais impulsionados pelo querer do
14 paciente, quando comparado aos retornos até a conclusão do tratamento.
15
16
17
18
19

20 As mudanças do modelo assistencial com a disposição de agendas, tem
21 potencial para melhorar o acesso à AB e a organização das demandas espontâneas e
22 programadas. As contribuições favorecem tanto o usuário quanto o profissional, e
23 dependem diretamente da postura e entendimento de ambos ¹⁹. Para rompimento da
24 cultura de atendimentos puramente curativos e o crescimento da busca por
25 atendimentos agendados e contínuos no tratamento deverá ocorrer de forma lenta e
26 gradativa, levando tempo para se consolidar ³⁹.
27
28
29
30
31
32

33 As regiões Sudeste e Norte não apresentaram nenhum avanço em relação ao
34 agendamento de retornos durante os ciclos do PMAQ-AB. A região Sudeste possui a
35 menor cobertura e ESF dentre todas, isso pode estar associado a persistência do modelo
36 assistencial por livre demanda, sem a implantação de agendamentos ¹⁶.
37
38
39
40

41 Algumas peculiaridades da região Norte justificam a existência de obstáculos
42 para as mudanças no modelo. Com destaque para as características geográficas, em que
43 grande parte da população é rural e ribeirinha, os empecilhos no deslocamento e a oferta
44 atendimento são fatores que influenciam em possíveis insuficiências e falhas no
45 cuidado, favorecendo o atendimento por livre demanda ⁴⁰.
46
47
48
49

50 Tendo em vista a realização de consultas agendadas e não a procura por
51 atendimento de livre demanda, a existência ainda de uma demanda reprimida para os
52 atendimentos odontológico pode refletir no tempo de espera pela consulta agendada.
53 Todas as regiões apresentaram crescimento do tempo de espera pelas consultas, com
54 destaque para a região Sudeste como a única a ultrapassar o valor nacional.
55
56
57
58
59
60

1
2
3 O longo tempo de espera pelas consultas é um indicador da falta de acesso aos
4 serviços, principalmente entre os usuários de menor condição financeira. É um fator
5 essencial que influencia na continuidade do cuidado, manutenção de saúde, prevenção
6 de agravos e complicações ⁴¹. Os profissionais de saúde podem considerar plausível o
7 tempo de espera pelo atendimento, uma vez que estão vendo pela perspectiva da oferta
8 do serviço. Para os usuários porém, a espera pode estar relacionada a fatores mais
9 subjetivos atribuídos à sua experiência de sofrimento ⁴².

16 Existem apontamentos internacionais que relacionam a crise econômica nas
17 últimas décadas como um fator que implicou no aumento de barreiras de acesso do
18 usuário aos sistemas de saúde. Esse fato pode refletir no crescimento das filas e no
19 tempo de espera para consultas e atendimento ⁴³.

24 CONSIDERAÇÕES FINAIS

26 Os resultados do estudo demonstram avanços nos serviços odontológicos na
27 AB, porém sem superar por completo as características históricas do modelo
28 assistencial. Em um País com grandes extensões e variações culturais e políticas, o
29 acesso à saúde bucal reflete as desigualdades socioeconômicas das regiões, é
30 diretamente afetado pelo processo de trabalho da equipes apresentando melhores
31 resultados onde a ESF é adotada. As regiões Nordeste e Centro Oeste apresentam uma
32 cobertura populacional crescente, porém sem indicar necessariamente um maior acesso
33 à atenção. A características peculiares da região Norte podem ser vistas como fatores
34 que dificultam o acesso e continuidade do tratamento. As regiões Sudeste e Sul
35 possuem uma elevada cobertura de planos privados, sugerindo maior procura por esse
36 tipo de atendimento. O estudo apresenta limitações por se tratarem de dados
37 secundários quantitativos que podem desconsiderar características específicas e
38 detalhadas.
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

REFERÊNCIAS

1. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res*. 2015 Oct;94(10):1355–61.
2. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015 Jan;94(1):10–8.
3. Celeste RK, Oliveira SC, Junges R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:1–14.
4. Seerig LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015 Sep;43(9):1051–9.
5. Costa SM, Martins CC, Pinto MQC, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Socioeconomic Factors and Caries in People between 19 and 60 Years of Age: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug;15(8).
6. Campos F, Carrer DA, Alfredo G, Junior P, Araujo ME De. SUS e Saúde Bucal no Brasil. 2019;167. Available from: <https://goo.gl/TkdvBq>
7. Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas L de D, Silvestre RM. Oral health policies. *Pediatr Dent*. 2004;26(7):16–61.
8. Scherer CI, Scherer MD dos A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saude Publica*. 2015;49.
9. Chaves SCL, Almeida AMF de L, Rossi TRA, De Santana SF, De Barros SG, Santos CML. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1791–803.
10. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: Uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saude e Soc*. 2015;24(1):273–84.
11. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):161–70.
12. Ministério da saúde (Brasil), PNAB portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, política nacional de atenção básica. Brasília, 2012.

13. Ministério da Saúde (Brasil), PNAB portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, política nacional de atenção básica. Brasília, 2012.
14. Ministério da Saúde (Brasil), PNAB portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.
15. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JA de C, Lima LSM de, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Cien Saude Colet*. 2010;15(suppl 1):1827–34.
16. Painéis de indicadores. Atenção primária à saúde. Ministério da Saúde. [acesso em 2021 fevereiro]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
17. Celeste RK, Vital JF, Junger WL, Reichenheim ME. Séries de procedimentos odontológicos realizadas nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007 Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4523–32.
18. Martins PHS, Amaral Júnior OL do, Faustino-Silva DD, Torres LH do N, Giordani JM do A. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatos*. 2017;23(45):4–13.
19. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):38–53.
20. Fonseca EP da. Comparação entre o uso de serviço odontológico público e privado por adultos do estado de São Paulo, Brasil. *Conex Ciência*. 2017;12(2):54–63.
21. Pinho JRO, Souza TC de, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(1):80–95.
22. Viacava F. Os brasileiros e os serviços de saúde. *Radis* 96. 2010;
23. Costa RC, Ribeiro ILA, Rodrigues LV, Valença AMG. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc*. 2018;6(2):212.
24. Silva CS de O, Fonseca ADG, e Souza LPS, Siqueira L das G, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação sob a ótica

- 1
2
3 dos usuários. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(11):4407–15.
4
5 25. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e
6 utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190–8.
7
8 26. Figueirêdo Júnior EC, Uchôa NC, Pereira JV. Análise e caracterização do
9 panorama da distribuição de Cirurgiões-Dentistas no Brasil. *Arch Heal*
10 *Investig*. 2019;8(2):63–7.
11
12 27. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, de Araujo ME, Dussault G, Pucca
13 Junior GA, et al. Admission of dentist in Brazilian universal health system
14 (SUS): A priority agenda for the strengthening of smiling Brazil. *Cienc e*
15 *Saude Coletiva*. 2020;25(3):859–68.
16
17 28. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços
18 odontológicos: Análise da desigualdade na utilização. *Cad Saude Publica*.
19 2015;31(3):586–96.
20
21 29. Amorim L de P, Senna MIB, Paula JS de, Rodrigues LG, Chiari APG, Ferreira
22 RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no
23 Brasil, 2014. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2021;30(1):1–13.
24
25 30. Garnelo L, Sousa ABL, Da Silva CDO. Health regionalization in Amazonas:
26 Progress and challenges. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1225–34.
27
28 31. Fertonani HP, De Pires DEP, Biff D, Dos Scherer MDA. The health care
29 model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cienc e*
30 *Saude Coletiva*. 2015;20(6):1869–78.
31
32 32. Rosa W de AG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um
33 novo modelo de assistência. *Rev latino-americana enfermagem*.
34 2005;13(6):1027–34.
35
36 33. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de atenção à saúde, Departamento de
37 atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da
38 atenção básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, 2013.
39
40 34. Melo LMLL de, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Saliba NA. A
41 construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da
42 demanda em saúde bucal TT - The construction of a shared management
43 schedule to reorganise the oral health demand. *Rev Ciênc Plur [Internet]*.
44 2016;2(1):42–55. Available from:
45 <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9037/7117>
46
47 35. Thurow LL, Castilhos ED de, Costa JSD da. Comparação das práticas

- 1
2
3 odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da
4 Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*.
5 2015;24(3):545–50.
6
7
8
9 36. Pinheiro PM, de Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na
10 humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família.
11 *Interface Commun Heal Educ*. 2011;15(36):187–98.
12
13 37. Baratieri T, Teixeira EN, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do
14 enfermeiro : *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1260–7.
15
16 38. GRAFF VA, TOASSI RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção
17 de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da
18 Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2018;28(3):1–24.
19
20 39. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa I do CC. Saúde bucal no psf , da inclusão ao
21 momento atual : percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de
22 um município Oral health care in the family health program , from its
23 implementation to today ’ s moment : aldenísia Alves Albuquerque Barbo.
24 *Ciência Odontol Bras*. 2007;10(3):53–60.
25
26 40. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção
27 Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil.
28 *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):81–99.
29
30 41. Chávez GM, Viegas SM da F, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade
31 e demanda na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4):1–9.
32
33 42. Barros DM, Sá M de C. O processo de trabalho em saúde e a produção do
34 cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e
35 reflexos no serviço de emergência. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2473–82.
36
37 43. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso
38 Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso
39 em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município
40 de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Família e Comunidade*.
41 2020;15(42):2111.
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Tabela 1. Distribuição das equipes (EAB e ESF) e usuários participantes do PMAQ-AB, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País						
	Equipes	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
1º Ciclo		17.202	2.919	6.570	1.109	1.045	5.559
2º Ciclo		29.778	4.509	10.100	2.241	2.160	10.768
3º Ciclo		37.350	5.473	12.346	2.637	3.058	13.836
Usuários							
1º Ciclo		46.362	7.497	16.195	3.094	3.089	16.487
3º Ciclo		62.161	8.726	17.932	4.167	4.603	26.693

Fonte: Dados da pesquisa.

For Review Only

Tabela 1. Distribuição das equipes (EAB e ESF) e usuários participantes do PMAQ-AB, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País						
	Equipes	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
1º Ciclo		17.202	2.919	6.570	1.109	1.045	5.559
2º Ciclo		29.778	4.509	10.100	2.241	2.160	10.768
3º Ciclo		37.350	5.473	12.346	2.637	3.058	13.836
Usuários							
1º Ciclo		46.362	7.497	16.195	3.094	3.089	16.487
3º Ciclo		62.161	8.726	17.932	4.167	4.603	26.693

Fonte: Dados da pesquisa.

For Review Only

Tabela 2. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V1*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	12.403	72,1 ^a	18.364	61,7 ^b	22.993	61,6 ^b	<0,0001
Sul	1.982	67,9 ^a	2.595	57,6 ^b	3.000	54,8 ^c	<0,0001
Sudeste	3.930	59,8 ^a	5.119	50,7 ^b	6.114	49,5 ^b	<0,0001
Centro Oeste	925	83,4 ^a	1.572	70,1 ^b	1.933	73,3 ^b	<0,0001
Norte	811	77,6 ^a	1.313	60,8 ^b	1.736	56,8 ^c	<0,0001
Nordeste	4.755	85,5 ^a	7.765	72,1 ^c	10.210	73,8 ^b	<0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V1 - Relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes (EAB e ESF).

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Tabela 2. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V1*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	12.403	72,1 ^a	18.364	61,7 ^b	22.993	61,6 ^b	<0,0001
Sul	1.982	67,9 ^a	2.595	57,6 ^b	3.000	54,8 ^c	<0,0001
Sudeste	3.930	59,8 ^a	5.119	50,7 ^b	6.114	49,5 ^b	<0,0001
Centro Oeste	925	83,4 ^a	1.572	70,1 ^b	1.933	73,3 ^b	<0,0001
Norte	811	77,6 ^a	1.313	60,8 ^b	1.736	56,8 ^c	<0,0001
Nordeste	4.755	85,5 ^a	7.765	72,1 ^c	10.210	73,8 ^b	<0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V1 - Relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes (EAB e ESF).

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Tabela 3. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V2*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	26.263	56,6 ^b	57.403	92,4 ^a	< 0,0001
Sul	4.718	62,9 ^b	8.328	95,4 ^a	< 0,0001
Sudeste	7.674	47,3 ^b	16.004	89,2 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	1.411	45,6 ^b	3.760	90,2 ^a	< 0,0001
Norte	1.478	47,8 ^b	4.085	88,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	10.982	66,6 ^b	25.226	94,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V2 - O senhor(a) consegue agendar atendimento com o dentista nessa unidade?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Tabela 3. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V2*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	26.263	56,6 ^b	57.403	92,4 ^a	< 0,0001
Sul	4.718	62,9 ^b	8.328	95,4 ^a	< 0,0001
Sudeste	7.674	47,3 ^b	16.004	89,2 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	1.411	45,6 ^b	3.760	90,2 ^a	< 0,0001
Norte	1.478	47,8 ^b	4.085	88,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	10.982	66,6 ^b	25.226	94,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V2 - O senhor(a) consegue agendar atendimento com o dentista nessa unidade?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Tabela 4. Tempo médio de espera para consultas, em dias. Dados relativos à variável V3* segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo	3º Ciclo
Brasil	8,6	10,1
Sul	8,4	10,0
Sudeste	13,2	17,2
Centro Oeste	8,9	9,8
Norte	6,1	7,2
Nordeste	7,7	6,5

Fonte: Dados da pesquisa.

* V3 - Qual o tempo de espera? (Dias)

** Teste: média entre os valores.

For Review Only

Tabela 4. Tempo médio de espera para consultas, em dias. Dados relativos à variável V3* segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo	3º Ciclo
Brasil	8,6	10,1
Sul	8,4	10,0
Sudeste	13,2	17,2
Centro Oeste	8,9	9,8
Norte	6,1	7,2
Nordeste	7,7	6,5

Fonte: Dados da pesquisa.

* V3 - Qual o tempo de espera? (Dias)

** Teste: média entre os valores.

For Review Only

Tabela 5. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V4*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	16.047	61,1 ^b	38.615	67,2 ^a	< 0,0001
Sul	3.005	63,9 ^b	5.943	71,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	5.806	75,6 ^a	12.108	75,6 ^a	0,9973
Centro Oeste	984	69,7 ^b	2.846	75,6 ^a	< 0,0001
Norte	758	51,2 ^a	2.185	53,4 ^a	0,1460
Nordeste	5.494	50 ^b	15.533	61,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V4 - O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Tabela 5. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V4*, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor
	n	%	n	%	
Brasil	16.047	61,1 ^b	38.615	67,2 ^a	< 0,0001
Sul	3.005	63,9 ^b	5.943	71,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	5.806	75,6 ^a	12.108	75,6 ^a	0,9973
Centro Oeste	984	69,7 ^b	2.846	75,6 ^a	< 0,0001
Norte	758	51,2 ^a	2.185	53,4 ^a	0,1460
Nordeste	5.494	50 ^b	15.533	61,5 ^a	< 0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

* V4 - O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?

** Aplicado Teste de Qui Quadrado para K proporções juntamente com teste de Marascuillo, onde, na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes.

***P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.