

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO NÚCLEO DE ESTUDOS EM
SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FREDERICO FRANÇA VIDIGAL

ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO ESTADO DE GOIÁS

GOIÂNIA
2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Frederico França Vidigal		
E-mail:	fredericovidigal@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Secretaria de Estado de Saúde do DF		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	BRASIL	UF:	GO CNPJ: 00.394.700/0001-08
Título:	Acesso à Saúde Bucal na Atenção Primária no Estado de Goiás		
Palavras-chave:	Acesso; Saúde Bucal; Qualidade; Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.		
Título em outra língua:	Access to Health Care Oral in Primary Care in State of Goiás		
Palavras-chave em outra língua:	Access; Oral Health; Quality; Health Care Evaluation; Primary Health Care.		
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde		
Data defesa:(dd/mm/aaaa)	23/10/2015		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás		
Orientador (a):	Claci Fátima WeirichRosso		
E-mail:	claci.proec.ufg@gmail.com		
Co-orientador (a):*	Mary Anne de Souza Alves França		
E-mail:	maryanne_sa@hotmail.com		

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) autor (a)

FREDERICO FRANÇA VIDIGAL

**ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claci Fátima WeirichRosso

Co-orientadora: Profa. Ms. Mary Anne de Souza Alves França

■

GOIÂNIA

2015

Ficha Catalográfica elaborada automaticamente
Com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

França Vidigal, Frederico
ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE
GOIÁS [manuscrito] / Frederico França Vidigal. – 2015.
lxiv, 64f.:iL.

Orientador: Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso; co-orientadora
Mary Anne de Souza Alves França.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Pró-Reitoria de
Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(Profissional), Goiânia, 2015.
Bibliografia. Anexos.
Inclui Siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Acesso. 2. Saúde Bucal. 3. Qualidade. 4. Avaliação da Assistência à
saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Weirich Rosso, Claci Fátima, Orient.
II. de Souza Alves França, Mary Anne, co orient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FREDERICO FRANÇA VIDIGAL

ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE GOIÁS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 23 de outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO – Orientadora e Presidente da Banca

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/UFG

Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA NUNES – Membro Efetivo Externo
Faculdade de Odontologia/UFG

Profa. Dra. ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA – Membro Efetivo Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/UFG

Profa. Dra. VÂNIA CRISTINA MARCELO – Membro Suplente Externo
Faculdade de Odontologia/UFG

Profa. Dra. MARTA ROVERY DE SOUZA – Membro Suplente Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/UFG

Dedico este trabalho aos meus pais, Jairon e Gildete, por sempre me ensinarem o caminho da honradez e simplicidade; a todos meus professores, desde a pré-alfabetização até esta pós-graduação; e aos meus queridos sobrinhos, Gabriel e Verena, por tornarem meus dias mais doces e iluminados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a benção da existência e me tornar firme nas atribuições da vida.

Aos meus pais, por terem plantado em mim a semente do interesse pelo conhecimento, desde a tenra idade.

A todos os professores que já tive em minha vida, pelo exemplo de perseverança. Vocês exercem a profissão mais nobre da humanidade.

À minha sábia orientadora Prof^aDr^aClaci Fátima WeirichRosso, por guiar meus passos e, pacientemente, me mostrar os longos caminhos da ciência. Muito obrigado por tudo!

À minha co-orientadora e colega de profissão Ms. Mary Anne de Souza Alves França, pela constante simpatia e disposição em contribuir com meu aprendizado. Você foi fundamental na construção deste trabalho.

Às professoras Dra. Maria de Fátima Nunes; Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Dra. Marta Rovey de Souza e Dra. Vânia Cristina Marcelo por gentilmente aceitarem participar da banca de defesa.

Aos amigos da turma do mestrado, pelos valiosos momentos (de alegria e sufoco) que vivenciamos juntos nesta caminhada.

À sempre prestativa Suiany e funcionários do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pelas frequentes ajudas “burocráticas” no dia-a-dia do curso.

À Samira, que ao final deste trabalho colaborou para os ajustes necessários ao trabalho científico.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria de Saúde e do Tribunal de Justiça pela compreensão nos momentos da ausência.

Ao Ministério da Saúde pela disponibilização dos dados do PMAQ-AB e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás pelo incentivo financeiro.

Muito Obrigado por fazerem parte desta conquista e da minha vida!

VIDIGAL, F. F. **Acesso à saúde bucal na atenção primária no estado de Goiás.** [Dissertação] Goiânia-GO: Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES) Goiânia, 2015.

RESUMO

Introdução: O acesso aos serviços odontológicos ofertados à população, assim como a qualidade dos mesmos, é um dos grandes desafios da Saúde Bucal no Brasil. A Atenção Primária tem papel fundamental na tentativa de universalizar com equidade o acesso dentro de uma perspectiva integral de saúde, pois atua em várias dimensões, desde ações de promoção e prevenção ao seguimento do tratamento das principais afecções bucais. **Objetivo:** Analisar o acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Goiás a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de corte transversal, cujas informações selecionadas foram geradas a partir do banco de dados da base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A amostra do estudo foi constituída pelas 712 Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 246 municípios do estado de Goiás que aderiram ao PMAQ-AB (de um universo de 1216 UBS) e pelos 677 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II. A coleta de dados ocorreu entre julho a setembro de 2012 por meio de um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado. Os dados foram armazenados e agrupados em módulos I, II e III. **Resultados:** Verificou-se que a maioria das equipes agendam as consultas em saúde bucal em qualquer dia e qualquer horário da semana, sendo que nas cidades de menor porte populacional tal característica se faz mais presente. O acolhimento à demanda espontânea específico para a saúde bucal é realizado por 63% das equipes pesquisadas, mas quase metade destas não utilizam nenhum tipo de protocolo. A garantia de agenda pela Equipe de Saúde Bucal para a continuidade do tratamento do usuário que iniciou seu tratamento é referida por 72,3% dos profissionais respondentes. A avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é realizada por 70,6% dos entrevistados, sendo que 67,3% afirmam que a oferta de vagas é definida em função do risco identificado e 40,9% das equipes possuem protocolo que define fluxo para atendimento a pessoas portadoras de necessidade especiais. A realização de ações de vigilância em saúde bucal referentes a campanhas para detecção de lesões bucais e encaminhamento dos casos suspeitos de câncer é efetuada por 56,1% das equipes respondentes, enquanto 44,2% realizam o registro e acompanhamento de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca. **Conclusões:** Este estudo mostrou que melhores planejamentos devem ser feitos na Atenção Primária do estado de Goiás, para garantir o acesso à saúde bucal como uma efetiva porta de entrada do cuidado no SUS. Também foi possível perceber que existe uma associação entre porte populacional e acesso aos serviços de saúde bucal, sendo que em municípios menores existe uma menor dificuldade da população para adentrar na rede de cuidados.

Palavras-chave: Acesso; Saúde Bucal; Qualidade; Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

VIDIGAL, F. F. **Access to oral health in primary care in the state of Goiás.** [Dissertation].Goiânia-GO: Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES). Goiânia, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Access to dental services offered to the population, as well as their quality, is a major challenge for the Public Oral Health in Brazil . The primary care plays a key role in trying to universal access with equity within a comprehensive perspective of health, because it acts in various sizes, from actions of promotion and prevention following the treatment of the main oral diseases. **Objective:** Analyze the access to oral health services in primary health care in Goiás from the external evaluation of the program Improving Access and Quality. **Methodology:** Descriptive cross-sectional, which selected information were generated from the national basis of the database of the external evaluation of the program Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The study sample consisted of the 712 Basic Health Units (UBS) of the 246 municipalities in the state of Goiás who joined the PMAQ-AB (a 1216 UBS universe) and the 677 professionals who answered the interviews of the module II. Data collection occurred between July and September 2012 through a structured instrument, standardized, previously validated. For analysis, the data was sent to a bank of the Ministry of Health, through the use tablets and via an internet network. After sending these data were stored and grouped into modules I, II and III. Statistical analysis was performed using the software Statistical Package of Social Sciences - SPSS version 19.0. The study met the ethical and legal aspects recommended by Resolution 466/2012. **Results:** It was found that most teams- schedule consultations in oral health any day and any time of the week, and in the cities of smaller population size this characteristic is more present. Welcoming the specific spontaneous demand for oral health is performed by 63% of pesquisa-das teams, but almost half of them do not use any protocol. The security agenda for Oral Health Team for continuing user trata-mento who started their treatment is reported by 72.3% of respondentspro-fissionais. The assessment of risk and vulnerability in the first service is held by 70.6% of respondents, while 67.3% report that the supply of vacancies is defined according to the identified risk and 40.9% of the teams have protocol that defines flow to care for people with special needs. Carrying out surveillance activities in oral health related to campaigns for detection of oral lesions and referral of cancer suspected cases is done by 56.1% of respondents teams while 44.2% carry out the registration and monitoring of suspected / confirmed of oral cancer. **Conclusions:** This study showed that better planning should be done in primary care the state of Goiás , to ensure access to oral health care as an effective gateway to the SUS. It was also possible to see that there is an association between population size and access to oral health services , and in smaller municipalities there is less difficulty the population to enter the network care.

Keywords: Access; Oral Health; Quality ; Health Care Evaluation ; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.

Figura 2. Mapa do estado de Goiás dividido em macrorregiões, 2013.

Figura 3. Variáveis de estudo divididas por categorias, segundo o módulo II da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB/2012. Goiás, 2015.

Figura 4. Agendamento de consultas de saúde bucal nos municípios de Goiás por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 5. Equipes de saúde bucal que realizam agendamento à demanda espontânea para saúde bucal nos municípios por porte populacional. Goiás, 2015

Figura 6. Utilização de protocolos de acolhimento pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 7. Garantia da continuidade do tratamento ao usuário, por meio das agendas das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional. Goiás, 2015.

Figura 8. Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento pelos profissionais das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 9. Definição da oferta dos serviços em função do risco identificado pelos profissionais das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 10. Utilização de protocolo para definição de fluxo para atendimento aos portadores de necessidades especiais, pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 11. Realização de campanhas de detecção e encaminhamento de casos suspeitos de câncer bucal pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Figura 12. Registro e acompanhamento de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de municípios do estado de Goiás distribuídos em classes segundo porte populacional conforme Censo Demográfico de 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados- Dentição Permanente CIT Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAB	Equipes da Atenção Básica
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IDH Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social MS Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNE	Portador de necessidades especiais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa de Saúde da Família
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SPSS	Statistical Package of Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo Geral.....	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	24
3.2 Atenção à Saúde Bucal no SUS.....	26
3.2.1 Avaliação da Atenção à Saúde Bucal.....	28
3.3. O acesso aos serviços de saúde no SUS	30
4. METODOLOGIA.....	34
4.1. Tipo de estudo.....	34
4.2 Local do estudo	34
4.3 População de estudo.....	36
4.4 Coleta de dados	37
4.4.1 Variáveis do estudo	38
4.5 Análise dos dados	38
4.6 Aspectos éticos e legais	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 Características do acesso à saúde bucal conforme o acolhimento ao usuário	
5.1.1 Agendamento de consultas em saúde bucal.....	40
5.1.2. Acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal e uso de protocolo de acolhimento	42
5.1.3 Garantia de agenda para continuidade do tratamento.....	44
5.2. Organização da Atenção à Saúde Bucal através da perspectiva da avaliação de risco e vulnerabilidade.....	46
5.2.1 Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento e definição da oferta em função do risco identificado	46
5.2.2 Uso de protocolo que define fluxo para atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais (PNE) pelas ESB	48
5.3 Acesso aos serviços de Saúde Bucal no contexto de vigilância em Saúde	48
5.3.1 Campanhas de detecção de câncer bucal e encaminhamento de casos suspeitos e Registro e acompanhamento de casos suspeitos / confirmados de câncer de boca.....	48
6 CONCLUSÃO.....	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS	60

APRESENTAÇÃO

Quando se aborda o tema acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária, inexoravelmente surgem questionamentos sobre o acesso e a qualidade desses serviços, assim como avanços conquistados e desafios futuros.

Não se pode negar a existência de importantes conquistas no campo da saúde bucal, principalmente se considerarmos o longo período histórico de ausência da Odontologia nas políticas públicas de saúde. A criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), representa um enorme passo para reduzir as desigualdades de acesso e aperfeiçoar o processo do cuidado à população. A utilização de dados epidemiológicos, assim como a criação de instrumentos de avaliação tornam-se fundamentais para o planejamento da Atenção Primária à Saúde.

O presente estudo originou-se de minha inquietação com a importância do acesso à saúde bucal e à forma como os serviços estão sendo ofertados. Conhecer como tais serviços de saúde estão organizados para prestar assistência odontológica à população, na perspectiva do acesso, foi o fator estimulador para a escolha de meu tema de pesquisa.

De algum modo, tenho a intenção de contribuir para o aprimoramento da atenção odontológica prestada à população da região onde resido e atuo profissionalmente.

A trajetória profissional percorrida para conhecer o SUS iniciou na Faculdade de Odontologia da Universidade de Brasília – UnB. Durante a graduação, tive a oportunidade de estagiar em Unidades Básicas de Saúde e hospitais públicos, e conhecer de perto a realidade do serviço público.

Após a graduação, ingressei na carreira de cirurgião-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e da Secretaria de Estado de Saúde do DF, onde ainda atuo e pretendo atuar por muitos anos, o que ratifica meu interesse em aprimorar conhecimentos em Saúde Coletiva e quiçá contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de Saúde Bucal.

No segundo momento, foram buscados referenciais teóricos sobre o tema e objeto de estudo, organizando-os em 3 eixos. O primeiro eixo do Referencial foi sobre

Atenção Primária à Saúde, considerando o seu aspecto conceitual, os seus avanços e desafios. No segundo eixo foram consideradas as questões sobre a saúde bucal, apresentando-se um panorama desta ao longo do tempo e os aspectos da avaliação da Atenção à Saúde Bucal. Já no terceiro item foi apresentado a conceituação do acesso aos serviços de saúde no SUS, assim como suas barreiras e facilidades.

No terceiro momento, apresenta-se o percurso metodológico. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as universidades, que avalia a Atenção Primária. A metodologia inclui o local e a amostra do estudo, a coleta e análise dos dados e as variáveis utilizadas na pesquisa, além dos aspectos éticos e legais.

No quarto momento, são apresentados os resultados e discussão da análise dos dados distribuídos em três categorias. Na primeira, são apresentadas as características do acesso à saúde bucal conforme o acolhimento ao usuário. Na segunda, identifica-se a organização da atenção à saúde bucal através da perspectiva da vulnerabilidade. Em seguida, analisa-se o acesso aos serviços dentro do contexto de Vigilância em Saúde.

No quinto e sexto momento, são colocadas as conclusões do trabalho, respondendo aos objetivos específicos do mesmo, e as considerações finais, pontuando a importância da avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal no sentido de se subsidiar a prática da gestão e assistência odontológica.

Deste modo, desejo que a leitura dos resultados desse estudo possa contribuir para a sistematização do monitoramento e avaliação dos serviços de saúde bucal no estado de Goiás, almejando um melhor planejamento para tomada de decisões pelos gestores das políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o atendimento odontológico restringia-se tradicionalmente a tratamentos reparadores e/ou mutiladores e pouco a programas de prevenção e promoção à saúde. Criou-se, assim, um grande contingente populacional carente de serviços, aumentando enormemente a demanda por atendimento (CASSAL, CARDOZO; 2011). As necessidades terapêuticas foram se acumulando, e os serviços públicos de saúde se tornando cada vez mais saturados e “disputados” pelas pessoas.

Os resultados dos levantamentos epidemiológicos realizados em âmbito nacional vêm demonstrando as consequências deste panorama com relação ao acesso à saúde bucal ao longo dos anos. Assim sendo, o último levantamento epidemiológico identificou que 60,8% dos brasileiros aos 12 anos de idade (início da dentição permanente) necessitam de tratamento dentário, 18% nunca foram ao dentista e 24,6% declararam já ter sentido dor de dente. Tais índices aumentam gradativamente na medida em que se avalia indivíduos de idades mais avançadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Com um acesso inadequado na Atenção Primária, parte da população acaba procurando o serviço somente quando um quadro de desconforto ou de dor se faz presente, ao contrário do que está preconizado nos princípios do SUS. A dor, com isto, torna-se um preditor de utilização de serviços de saúde (SANCHEZ, DRUMOND; 2011).

A saúde bucal coletiva brasileira adentrou o terceiro milênio, inexoravelmente vinculada a grandes desafios, como o de universalizar com equidade o acesso da população dentro de uma perspectiva integral de saúde e o de inserir a saúde bucal na agenda política nacional.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no início de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Tal documento reorienta o modelo de atenção baseado no cuidado, relacionado a uma concepção de saúde não mais centrada na assistência aos doentes, mas na intervenção dos fatores que colocam em risco a qualidade de vida, na incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e no desenvolvimento das ações intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE

2004a).

Baseando-se num conceito integral do processo saúde-doença, a PNSB propõe que as equipes de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, construam uma consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da ciência odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Esta política prevê a ampliação do acesso à assistência em saúde bucal integralizada, dentro de “linhas de cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso). Desta forma, os serviços tornar-se-iam mais resolutivos, garantindo desde o acolhimento e a informação, até o atendimento e encaminhamento (referência e contra-referência) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Para que tais mudanças na prática odontológica aconteçam, faz-se necessário que se ampliem e qualifiquem a assistência, incluindo as equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de garantir o acesso à atenção primária, até a estruturação da atenção no nível secundário e terciário, visto que estes serviços especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a).

A implantação da ESF, para reorganização das práticas de saúde na Atenção Primária, tem como proposta um novo modelo de saúde, mais universal, integral e resolutivo. Novos conhecimentos passam a ser assimilados no desenvolvimento do trabalho, tais como: habilidades de planejamento para organizar ações e atenção à demanda da população, possibilitando o seu acesso aos serviços de saúde, com impacto sobre os principais indicadores, em busca da qualidade de vida da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Esta nova forma de se fazer as ações representa, no âmbito da Saúde Bucal, um avanço relevante. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

O Brasil Sorridente, principal programa da PNSB, além de impulsionar o crescimento das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária, criou os Centros de Especialidades Odontológicas, habilitou Laboratórios de Próteses Dentárias e ampliou o acesso à água tratada e fluoretada, dentre outras ações importantes para o SUS. Previu-se um investimento da ordem de R\$ 1,3 bilhão em Saúde Bucal no

SUS até o final de 2006, com o intuito de mudar a atenção no Brasil. Ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal da população brasileira passaram a ser garantidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004b).

Para que se possa verificar tendências, planejar e avaliar os serviços de saúde bucal, levantamentos epidemiológicos são de suma importância no sentido de se construir uma série histórica de dados, dentro de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde.

Um indicador tradicionalmente usado pela OMS para se coletar dados relativos à experiência de cárie dentária é o índice CPO–D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados). A idade adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador é a de 12 anos, refletindo o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. Tal índice calcula a média dos dentes cariados, perdidos e obturados em um indivíduo.

Houve no Brasil quatro grandes levantamentos nacionais realizados pelo Ministério da Saúde sobre o perfil epidemiológico de Saúde Bucal (ocorridos em 1986, 1996, 2003 e 2010), contribuindo para a construção de uma consistente base de dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; 1996; 2003; 2010).

Os levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal vêm utilizando diferentes indicadores para avaliar as condições de saúde bucal, as condições socioeconômicas, o acesso a serviços odontológicos e a autopercepção em Saúde Bucal. Para avaliar o acesso a serviços odontológicos, utiliza-se o indicador “percentual da população que teve consulta odontológica pelo menos uma na vida”.

Em 2003, o levantamento nacional realizado revelou que 13,43% da população brasileira nunca foi ao dentista. Identificou também que cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. E ainda, que existem desigualdades regionais neste acesso, enquanto menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista, na Região Nordeste essa percentagem chega a quase 22%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c)

Em 2010, o resultado obtido do levantamento foi de que cerca de 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista no Brasil. Esta situação se assemelha a todas as regiões, exceto a Região Sul, que apresentou uma prevalência de 9,8%. Nas faixas etárias de 15-19, 35-44 e 65-74 anos, os percentuais identificados foram 13,2%;

7,1% e 14,7%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Pesquisas Nacionais por amostra de domicílios também têm sido realizadas e utilizando indicadores de acesso aos serviços de saúde. Para verificar o acesso aos serviços de saúde bucal, a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) utilizou como um dos indicadores o “percentual da população residente que declarou nunca ter ido a dentista” (IBGE, 1998, 2003, 2004).

A PNAD de 1998 identificou que um número expressivo de brasileiros, 18,7% da população, nunca consultou dentista, apresentando-se as maiores proporções nas crianças menores de 4 anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%) (IBGE, 1998).

Na PNAD de 2003 verificou-se que 15,9% da população no país nunca tinham feito uma consulta ao dentista. Quando comparado por faixa etária a proporção era de 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos. Entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um dentista (IBGE, 2003).

A PNAD de 2008 identificou que 11,7% da população declararam nunca ter feito uma consulta odontológica. Dentro deste percentual 47,9% eram da faixa etária de 0 a 4 anos, portanto, 77,9% das crianças desta de idade nunca visitaram um dentista (IBGE, 2008).

Numa análise histórica, a PNAD verificou que houve um crescimento da proporção de pessoas que procuraram dentista: em 1998, foram 81,2%; em 2003, 84,1% (147,9 milhões) e em 2008, 88,5% (165,5 milhões). Porém, verifica-se que há um grande contingente populacional que nunca teve acesso a uma consulta odontológica.

Nos últimos sete anos, após a implantação do Programa Brasil Sorridente, houve no país uma significativa melhoria do acesso à Saúde Bucal através dos serviços públicos odontológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Com um crescimento de 390% das equipes de Saúde Bucal, a ampliação do acesso à água tratada e fluoretada para cerca de sete milhões de pessoas, a distribuição de 72 milhões de *kits* de escova e pasta dentária, a criação de 865 centros de especialidades odontológicas e a habilitação de 674 municípios com laboratórios de próteses dentárias, reduziu-se consideravelmente o número de mutilações e extrações dentárias. Tudo isso contribuiu para a elevação do Brasil ao seletor grupo de países

com baixa prevalência de cárie (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2010).

Entretanto, tais números são ainda insuficientes se considerarmos que por muitas décadas existiu a hegemonia do setor privado na prestação dos serviços odontológicos, com o Estado restringindo-se a operar um modelo cirúrgico mutilador de baixa cobertura (CASOTTI; CONTARATO; BALDANI, 2014). Destarte, garantir o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal ainda é uma tarefa deveras desafiadora.

Não obstante a Carta Magna Brasileira de 1988 assegure a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS; JESUS,2012).

Garantir a oferta de bens e serviços de saúde a toda demanda da população é uma tarefa complexa, tendo em vista que as necessidades são inúmeras e desiguais. No campo da saúde bucal, especificamente, a universalidade irrestrita na oferta de serviços, garantida no texto Constitucional, é um grande desafio a ser enfrentado na organização da demanda e do acesso (FRANÇA,2013). As práticas profissionais devem se basear em uma reflexão crítica sobre as ações praticadas tanto na prestação direta da rede de serviços quanto na rede de gestão. O acesso da população à saúde bucal na Atenção Primária deve ser democratizado.

Tendo em vista a realidade supracitada, o MS almeja incentivar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso, acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população. Surgem assim variadas propostas de melhoria da Atenção Primária, destacando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB (MINISTÉRIO DASAÚDE, 2012b).

O PMAQ-AB, instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Ele é desenvolvido em quatro fases, que se complementam e que configuram um ciclo contínuo da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e são assim denominadas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

As doenças bucais são problemas significativos de saúde pública, levando-se em consideração sua alta prevalência e o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas no que se refere à dor, limitação, deficiência funcional e social. Neste contexto, o presente estudo visa analisar o acesso e a qualidade dos serviços de Saúde Bucal oferecidos pelo SUS no Estado de Goiás, através dos dados do PMAQ-AB (2012), almejando uma contínua melhoria dos mesmos.

Acrescido ao panorama apresentado sobre a saúde bucal, a justificativa da realização desta pesquisa também está baseada na escassez de estudos que descrevem e analisam o acesso à saúde bucal, principalmente relacionadas a organização da demanda e vigilância em saúde. Rocha (2006) discute que existem vários trabalhos na área de avaliação do acesso aos serviços de saúde, porém são escassas as pesquisas que avaliam o acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente após a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família.

Esse trabalho integra uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) com a intenção de avaliar a Atenção Primária em todo o País. Vale ressaltar que é o primeiro estudo sobre Saúde Bucal utilizando dados do PMAQ-AB no estado de Goiás.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso aos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde em Goiás a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer como se processa o agendamento das consultas odontológicas em saúde bucal nas unidades de Atenção Primária a Saúde em Goiás.
- Identificar o número de unidades em que o profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento.
- Verificar o número de equipes de saúde que realizam ações de vigilância em saúde bucal referentes a campanhas para detecção de lesões bucais e encaminhamento de casos suspeitos de câncer de boca.
- Identificar o número de equipes que registram e acompanham os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item abordam-se os referenciais teóricos acerca do objeto de estudo incluindo as concepções dos termos relacionados ao tema. Este referencial foi organizado em três capítulos. O primeiro foi sobre Atenção Primária à Saúde, considerando o seu aspecto conceitual, os seus avanços e desafios. No segundo item foram consideradas as questões sobre a saúde bucal, como o panorama histórico e os aspectos da avaliação da Atenção à Saúde Bucal. No terceiro foi apresentado o acesso aos serviços de saúde no SUS e os aspectos relacionados com a sua concepção e as barreiras e facilidades no acesso aos serviços.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Reforma Sanitária serviu como baluarte para a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Diretrizes constitucionais de Universalidade, Descentralização, Integralidade e Regionalização passaram a reger os inúmeros encontros estaduais e nacionais de troca de experiências em saúde.

Dentro deste contexto, na Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (CASA CIVIL, 2005a).

Na rede de atenção à saúde, a Atenção Primária corresponde ao primeiro nível de atenção deste Sistema, com a função de ordenadora e coordenadora do cuidado.

As primeiras ideias sobre Atenção Primária à Saúde (APS) surgiram na Grã-Bretanha, em 1920, e serviram de sustentáculo para a reorganização dos serviços de saúde em vários países (GOMES et al, 2011). A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), os princípios da Atenção Primária à Saúde passaram a ser consensuais e universais (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Etimologicamente, variados nomes vêm sendo utilizados para definir a Atenção Primária desde a Declaração de Alma Ata (1978). Internacionalmente, o termo

reconhecido é Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, a terminologia adotada pelo MS é Atenção Básica à Saúde (ABS) (SILVA, 2015). Não obstante ambos os termos estejam sendo utilizados no Brasil como semelhantes conceitualmente, adotamos o termo Atenção Primária à Saúde nesse estudo.

A APS é o nível de um serviço de saúde que oferece a entrada da população no sistema, direcionando a atenção para a pessoa (e não para a enfermidade) e integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da APS, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Houve um avanço, por parte do MS, no reconhecimento da necessidade de um leque maior de moldagens de equipes de APS para as diferentes populações e realidades do Brasil, através desta nova PNAB.

O Brasil tem experimentado mudanças na estrutura do SUS. O PSF, implantado 1994, e posteriormente ampliado para a atual ESF, foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à Atenção Primária e a qualidade desta em todo o país, provocando um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde; à oferta de ações de saúde; ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil (ALFRADIQUE et al 2009).

Atualmente, a APS cobre 72% do território nacional, boa parte pelas 39 mil equipes dedicadas à Estratégia Saúde da Família – ESF (62% de cobertura), no trabalho do cuidado de 120 milhões de cidadãos, atendidos por mais de 40 mil unidades básicas de saúde em 5.460 municípios. Houve um crescimento de mais de 30% da ESF no intervalo de 2002 a 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Apesar da reorientação do modelo de atenção, instituído com a implantação da ESF, a APS ainda enfrenta diversos desafios. Ampliar o acesso aos serviços de saúde e sua resolutividade, incentivar o uso de protocolos clínicos e criar ações de educação permanente são dilemas permanentes no âmbito da APS (DIAS, 2015).

3.2 Atenção à Saúde Bucal no SUS

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado, sendo a extração dentária o principal tratamento ofertado à população pela rede pública, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No Brasil, a prestação dos serviços odontológicos por livre demanda, associada aos problemas de exclusão social, econômicos e educacionais, traz como consequência o estabelecimento de um padrão cultural onde a procura por serviços odontológicos ocorre quando a doença já se estabeleceu e requer tratamento curativo ou para alívio da dor (TERRERI; SOLER, 2008).

Apesar deste quadro apresentado, a saúde bucal vem sendo evidenciada e avançando nos últimos anos.

A incorporação da ESB na ESF foi um marco importante na assistência à Saúde Bucal e tem sido fundamental no sentido de se romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, baseados no biologicismo e tecnicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Oficialmente, a figura do cirurgião-dentista foi incorporada à equipe de saúde da família somente no ano 2000, perante um contexto político, econômico e social favorável. Através da Portaria nº. 1.444, o MS criou um incentivo financeiro à inclusão da ESB no PSF, expandindo sua atuação pelo Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Ao articular as propostas da vigilância à saúde e buscar ativamente as famílias, tidas como núcleo social primário, o PSF rompe com o tradicional modelo programático curativista, garantindo o princípio da integralidade (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) também representa outro avanço. Com

o intuito de melhorar o atendimento e alcançar o conceito de saúde preconizado pelo SUS, o Ministério da Saúde em 2004 lança esta Política, também denominada Programa Brasil Sorridente. Tal programa constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

A PNSB orienta que as ações sejam desenvolvidas na linha do cuidado, baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e que a atenção seja dada a toda demanda expressa ou reprimida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). O planejamento das ações e serviços odontológicos baseado no conhecimento da realidade de saúde de cada localidade proporciona uma prática em saúde bucal efetivamente resolutiva e integral (TERRERI; SOLER, 2008; CHAVES et al, 2011).

Com o lançamento das diretrizes da PNSB, houve uma normatização e aporte de recursos públicos para a área de odontologia, indicando um conjunto de mudanças ao modelo de atenção em curso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). O Brasil Sorridente, ao adotar o cuidado como eixo central, assume a responsabilidade não só com a ampliação da rede assistencial - como também com a qualificação da Atenção à Saúde Bucal- articulando as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender as necessidades de saúde de populações nos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Ao incorporar uma agenda discutida desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduzir os princípios do SUS em seus pressupostos operacionais, a PNSB é um marco histórico nas políticas públicas do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). O Brasil Sorridente, ao trabalhar os eixos da atenção à Saúde Bucal a partir do incremento da atenção primária por meio da ESF, da implementação dos CEO como elementos estruturantes da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, se insere no conjunto de programas estratégicos na atual política de saúde.

De acordo com dados do Portal do Departamento de Atenção Básica, a cobertura estimada das Equipes de Saúde Bucal (ESB) está em 39,3% do território nacional, atuando em 5.014 municípios e com 24.279 equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Muito embora tenha havido um crescimento de 461% das ESB no intervalo de 2002 a 2012, ainda são necessários esforços para que se efetivem a redução das desigualdades de acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos na área da saúde bucal para o planejamento da Atenção Primária à Saúde (CALVO et al., 2012).

3.2.1 Avaliação da Atenção à Saúde Bucal

Os principais pontos críticos da Atenção Primária à Saúde, apresentados no II Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, são: a infraestrutura inadequada e não informatizada das Unidades Básicas de Saúde, financiamento não suficiente, problemas de fixação de profissionais, acesso e qualidade da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dentro desta perspectiva de enfrentar os entraves e estimular a melhoria da qualidade dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o MS tem criado, através dos anos, instrumentos de acompanhamento e avaliação dos serviços.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde vem se tornando cada vez mais constante, o que demonstra o reflexo de uma sociedade que toma a qualidade como requisito indispensável para qualquer prestação de serviço (SANTOS; ROSSO, 2013).

A avaliação da Atenção Primária à Saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que se estabelece. Ela deve ser entendida como um processo de negociação entre os atores envolvidos, ou seja, deve constituir-se em etapas de negociação e pactuação entre os sujeitos que compartilham responsabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

De acordo com Colussi e Calvo (2012), em âmbito nacional, os principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da Atenção Primária são o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Além destes, a proposta institucional de auto avaliação das equipes de saúde da família através da AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - também integrou um conjunto de ações que visaram a

institucionalização da avaliação no país, com o objetivo de incorporá-la à prática de gestão e articulá-la com os processos de programação (COLUSSI, CALVO 2012)

Cohn (2009) ressalta em seu estudo que o SUS, desde sua implantação há 26 anos, muito avançou nos quesitos distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso, dentre vários outros, como testemunham os dados epidemiológicos. Para o autor:

Esses avanços não foram lineares, nem tampouco uniformes, como mostram igualmente outros dados, como aqueles referentes à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde, ao financiamento, dentre igualmente tantos outros (COHN, 2009, p.1614).

A avaliação vem se constituindo um dos melhores mecanismos para responder às necessidades dos gestores que têm que tomar decisões, bem como para justificar as escolhas para um grupo cada vez mais exigente (BROUSELLE et al, 2011).

Diante disso, a importância da avaliação da qualidade dos serviços vem sendo institucionalizada com a intenção de contribuir decisivamente para melhorar e qualificar a Atenção Básica, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (FELISBERTO, 2006; 2004).

Recentemente, o MS iniciou o desenvolvimento de outro programa brasileiro de avaliação de serviços de saúde denominado “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica” – PMAQ - AB. Esse programa tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, para garantir um padrão de qualidade em todas as localidades de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações direcionadas à Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; 2012b). Essa avaliação estrutura-se nos pilares propostos por Donabedian (2003), a qual investiga a estrutura (parte física e organizacional do serviço), o processo (como o serviço é realizado) e o Resultado (produto), a fim de oferecer um serviço de saúde que seja acessível, humanizado e acolhedor.

Para garantir um padrão de qualidade o PMAQ-AB utilizou um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Além disso, o PMAQ- AB possibilita a

elevação dos recursos do incentivo federal para os municípios participantes de acordo com a melhoria do padrão de qualidade no atendimento de cada equipe de saúde avaliada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico pode estimular a melhoria nas UBS e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde para todo território nacional (FACCHINI et al, 2011). Esse ciclo de avaliação proposto pelo PMAQ tem a intenção de proporcionar aos usuários um serviço de saúde mais acessível e que seja resolutivo às suas necessidades no momento da procura pelo atendimento.

3.3. O acesso aos serviços de saúde no SUS

Nos levantamentos bibliográficos foram identificadas diversas concepções para o termo acesso aos serviços de saúde. Apesar da diversidade de conceitos, as concepções contêm a mesma essência e se complementam. Dentre os vários conceitos sobre o objeto deste estudo dispostos na literatura alguns deles foram selecionados para serem apresentados a seguir.

O acesso pode ser entendido como as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade oferece seus serviços, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação aos serviços que consegue ou não atendimento (STARFIELD, 2004).

O acesso aos serviços de saúde também pode ser definido como a disponibilidade dos mesmos no momento da procura pelo usuário, assim como a liberdade de usufruí-los (THIEDE, MCINTYRE, 2008).

Na Atenção Primária, o acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2010). O conceito de equidade em saúde se confunde com o de acesso, o qual também pode ser definido como a associação entre alguns elementos denominados disponibilidade, aceitabilidade e informação (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Para Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado

e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção (Figura 1).

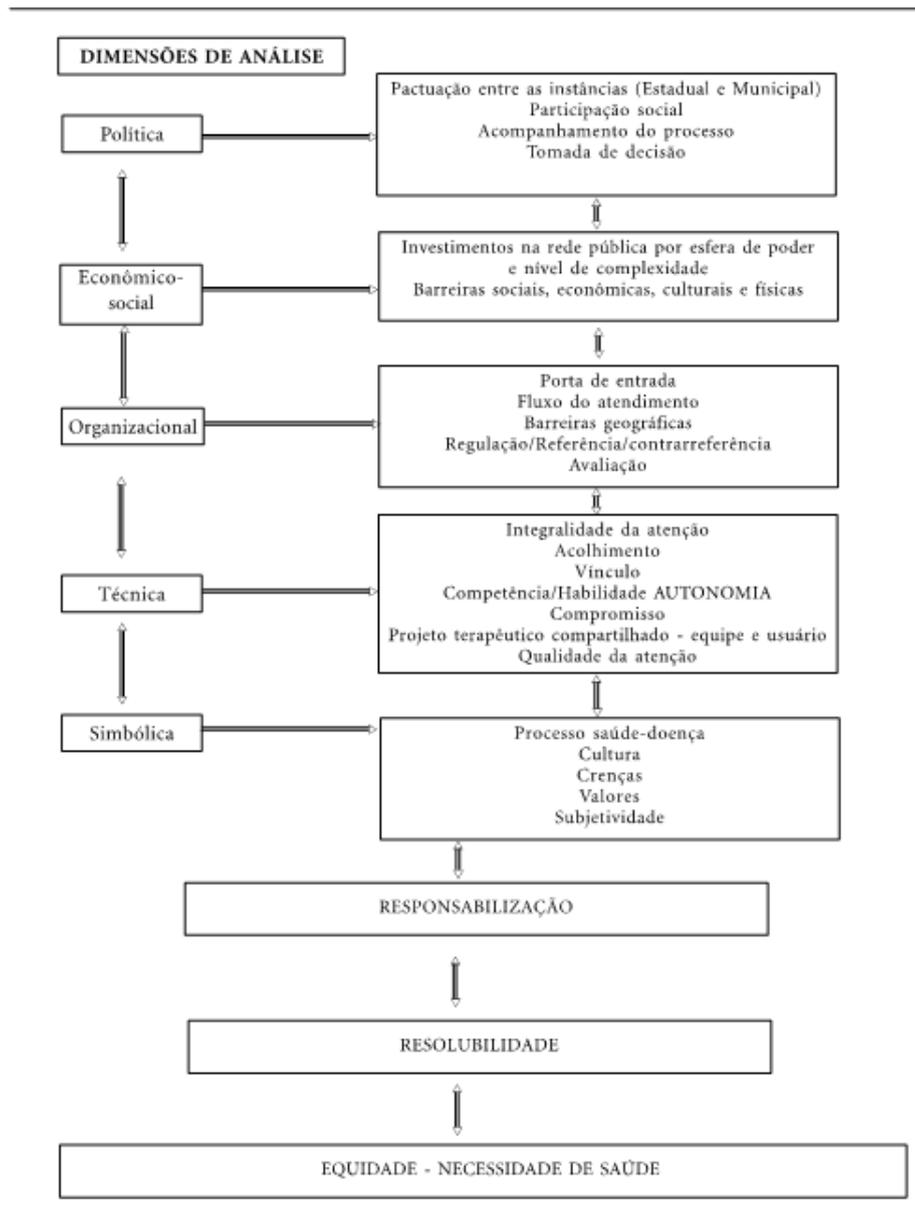


Figura 1. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.

Fonte: ASSIS; JESUS, 2012.

Na prática, ainda existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente”. Além disso, as diversas abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado embasado na literatura, propondo que o acesso represente o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” e é

representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. (ASSIS;JESUS 2012)

No entanto, estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Travassos e Martins (2004) afirmam que: “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”

O acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual. A dimensão técnica envolve desde a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção (ASSIS; JESUS, 2012).

Na área da saúde, o acesso está relacionado ainda com as facilidades e as dificuldades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos, ou seja, a garantia de acesso pressupõe inexistência de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (VIACAVA *et al*, 2012).

De acordo com Travassos e Castro (2008) acesso e acessibilidade as vezes são considerados sinônimo os quais são utilizados para indicar “o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”

Acesso e acessibilidade às ações serviços de saúde também são considerados como conceitos semelhantes por Donabedian (2003), os quais se referem à capacidade de obter cuidados que responda às necessidades de saúde de uma determinada população.

As barreiras que dificultam o acesso segundo Travassos e Castro (2008) incluem a disponibilidade ou presença de serviços e recursos humanos, porém, somente a disponibilidade destes recursos não garante o acesso. Os referidos autores listam outros elementos que se constituem barreiras no acesso: as geográficas (localização e espaço físico dos serviços; e deslocamento dos usuários potenciais aos serviços),

as financeiras (relação negativa entre preços dos serviços e utilização), as organizacionais (horário de funcionamento, tempo de espera, tipo de profissional, acolhimento, qualidade técnica do cuidado), informacionais (informação dos serviços e informação em saúde), culturais, entre outras. Todas estas barreiras caracterizam a oferta, onde estas se relacionam e que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Para Starfield (2004) acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Deste modo, a decisão de procurar os serviços de saúde são afetadas pela percepção que as pessoas têm da disponibilidade dos mesmos.

Acessibilidade não é apenas a disponibilidade de recursos, mas sim como os mesmos facilitam ou limitam o uso dos serviços pelos usuários num determinado momento e lugar. Assim, a acessibilidade corresponde ao impacto que exerce na capacidade da população de usar os serviços de saúde e sua resolutividade (DONABEDIAN, 2003) e não se restringe somente ao uso dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil tem sido relatada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência (LIMA et al, 2007). Esses problemas possuem ligação com a qualidade dos serviços, dentre eles citam-se a gestão ineficaz, a baixa resolutividade, a falta de identificação interna e externa dos serviços prestados na unidade, a pouca ou quase nenhuma adaptação dos estabelecimentos de saúde para portadores de deficiência e o longo tempo de espera (KOPACH *et al*, 2007).

O termo acessibilidade está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência (ASSIS et al, 2010).

Assim, acessibilidade corresponde a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade da população conseguir atendimento resolutivo (QUINDERÉ et al, 2013).

Para diagnosticar essas características nos serviços de saúde bucal seguimos um caminho metodológico a ser detalhado no item seguinte.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal utilizando dados secundários de uma pesquisa nacional para avaliação da Atenção Primária em todo o país, denominada Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB). Este estudo vincula-se ao primeiro ciclo do referido programa para o estado de Goiás, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior no ano de 2012.

O processo de avaliação externa da Atenção Básica no Brasil/MS, foi desenvolvido em todos os estados brasileiros, que foram agrupados em cinco consórcios. O estado de Goiás faz parte do consórcio, cuja coordenação geral é realizada pela equipe da Universidade Federal de Pelotas, composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Goiás, Maranhão e Distrito Federal. No estado de Goiás a coordenação da pesquisa foi realizada pela Universidade Federal de Goiás.

De maneira geral, avaliações de adequação da cobertura, da qualidade de serviços e avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde utilizam estudos transversais (HABICHT et al, 1999). Entre as vantagens do estudo transversal estão alto potencial descritivo, simplicidade analítica e facilidade na representatividade de uma população (ROUQUAYROL, FILHO, 2003).

4.2 Local do estudo

O presente estudo utilizou a base de dados obtida na pesquisa vinculada ao PMAQ-AB em 2012 (ciclo I) para o estado de Goiás, realizada nos serviços de saúde da Atenção Básica dos 246 municípios do estado de Goiás.

O estado de Goiás, localizado a leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central brasileiro e com área de 340,112 km², é uma das 27 unidades federativas do Brasil. De acordo com o censo de 2010 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de Goiás era 6.154.996 habitantes. (IBGE 2010)

Goiás divide-se em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte,

Sudeste e Sudoeste (Figura 2). Essas macrorregiões estão subdivididas em 18 microrregiões com total de 246 municípios. Cada uma delas possui um município sede da regional de saúde, representando a secretaria da saúde do estado, ou seja, é uma forma dos municípios terem mais proximidade com o governo estadual na área da saúde.

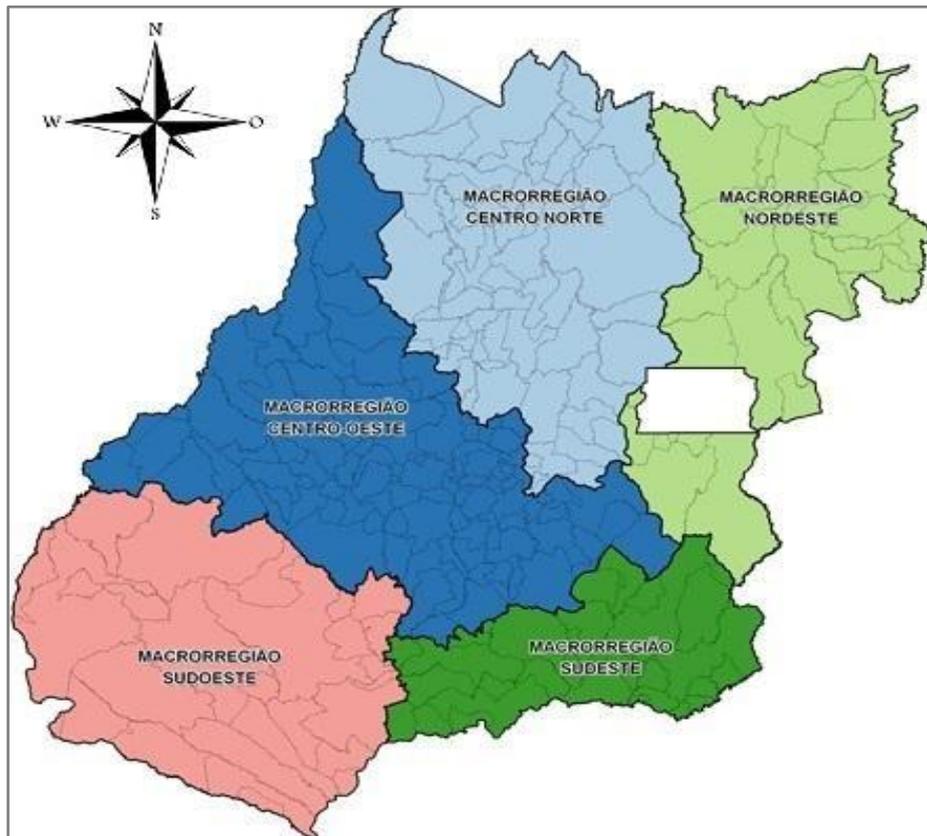


Figura 2. Mapa do estado de Goiás dividido em macrorregiões, 2013. Fonte: Secretaria do Estado de Saúde, Goiás, 2013.

Neste estudo, os 246 municípios foram agregados por porte populacional com base no modelo apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua publicação (IBGE, 2010). Porém, para melhor adequar-se à realidade do estado de Goiás, modificou-se a proposta do IBGE, construindo novas categorias de análise, como demonstrado na Tabela 1.

A análise das variáveis segundo o tamanho dos municípios é altamente reveladora de diferenças espaciais e socioeconômicas existentes. Os municípios foram agrupados em sete classes de tamanho populacional, conforme o número de habitantes obtido no levantamento epidemiológico realizado em 2010 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos municípios do estado de Goiás separados por classes segundo porte populacional conforme Censo Demográfico de 2010.

Classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)	Número de municípios	Número de unidades de saúde por classe populacional
Até 5000	100	77
De 5001 até 10 000	55	68
De 10 001 até 20 000	39	87
De 20 001 até 50 000	32	157
De 50 001 até 100 000	11	64
De 100 001 até 500 000	8	72
Mais de 500 000	1	152
Total	246	677

Fonte: IBGE, 2010

Para a realização da pesquisa no estado de Goiás, foram construídas oito rotas denominadas de: Rota Goiânia; Rota Distrito Federal Entorno; Rota Distrito Federal 2; Rota Minas 1; Rota Minas 2; Rota Goiás 1; Rota Goiás 2 e Rota Goiás 3. Essa construção foi realizada pela coordenação da pesquisa por meio da utilização de mapas das rodovias, dos rios que cortam o estado e pela associação das divisões de micro e macrorregiões existentes com o apoio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS. Cada rota compunha-se por uma supervisora de campo com uma média de quatro entrevistadores, devidamente treinados para realização da pesquisa.

4.3 População de estudo

O estudo foi constituído pelas 1.216 Unidades Básicas de Saúde - UBS, independente da adesão ou não ao PMAQ, distribuídas nos 246 municípios do estado de Goiás.

Dentre as 1216 UBS que participaram do estudo (incluindo tanto as unidades de Atenção Primária tradicional quanto as da Estratégia de Saúde da Família), 504 responderam ao censo correspondente ao módulo I, 712 aderiram ao PMAQ e destas, 677 profissionais participaram do módulo II –que é composto por entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade de saúde.

Nesta pesquisa ficaram definidos como critérios de inclusão, profissionais de saúde

que estavam presentes nos serviços, no período de coleta de dados da pesquisa nacional; e como critério de exclusão ausência na equipe por motivo de férias ou licenças.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no âmbito do primeiro ciclo do PMAQ-AB, no componente da Avaliação Externa, ocorrido entre julho e setembro de 2012.

Cada ciclo do PMAQ é desenvolvido em quatro fases: primeira fase de adesão e contratualização por parte dos municípios; segunda desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; terceira fase avaliação externa; e a quarta fase recontratualização.

A realização deste estudo baseou-se na terceira fase do PMAQ-AB, denominada Avaliação Externa, abrangendo todos os municípios e Equipes da Atenção Básica - EAB que aderiram ao Programa no estado de Goiás.

Foi utilizado para coleta dos dados um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado para a avaliação externa das Unidades Básicas de Saúde. Esse instrumento foi estruturado por uma equipe do Ministério da Saúde e inclui três módulos, a saber:

I – Censo, realizado em todas as unidades de saúde (independente se a unidade aderiu ao PMAQ) que corresponde ao módulo I, referente à observação das unidades de saúde e às condições de infraestrutura das UBS.

II – Entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos comprobatórios dos serviços prestados pela unidade de saúde, que corresponde ao módulo II com o intuito de caracterizar a organização dos serviços e o processo de trabalho das EAB

III – Entrevista com o usuário, referente ao módulo III diz respeito à entrevista com o usuário no intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Nesse estudo, foi utilizado os dados do módulo II, nas unidades participantes do PMAQ-AB, objetivou avaliar os serviços de Atenção à Saúde Bucal, a partir da entrevista com os profissionais das equipes de AB participantes do PMAQ,

sobretudo o profissional que agregasse maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. Os dados obtidos nos módulos I e III serão analisados em estudos futuros.

4.4.1 Variáveis do estudo

Realizou-se nesse estudo, para se atingir os objetivos propostos, um recorte no banco de dados nacional do PMAQ-AB.

As variáveis deste estudo foram selecionadas de acordo com os objetivos e a consistência no banco de dados, utilizado como base o módulo II do instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB (Figura 3).

DIMENSÃO	CATEGORIA	VARIÁVEIS
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	ACOLHIMENTO	II.36.1. Como são agendadas as consultas em saúde bucal? II.36.3. Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal? II.36.6 A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea? II.36.7 A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?
	VULNERABILIDADE	II.36.4. O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento? II.36.5. A oferta é definida em função do risco identificado? II.37.3.4 Existe protocolo que define fluxo para atendimento a pessoas portadoras de necessidade especiais pelos profissionais de saúde bucal?
	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	II.36.8. A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca? II.36.9. A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?

Figura 3. Variáveis de estudo divididas por categorias, segundo o módulo II da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB/2012

4.5 Análise dos dados

A partir dos dados secundários extraídos do banco de dados do Ministério da Saúde, criou-se uma planilha do Excel utilizando-se das variáveis correspondentes.

Esta planilha depois foi transferida para o programa Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 21.0, onde realizou-se a análise descritiva dos dados, utilizando-se a medida de frequência simples.

4.6 Aspectos éticos e legais

O presente estudo está inserido no projeto nacional de avaliação da Atenção Básica no Brasil do Ministério da Saúde denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. O número de protocolo de aprovação da pesquisa referente ao 1º Ciclo do PMAQ é 38/12.

A pesquisa teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir do banco de dados do PMAQ-AB possibilitaram analisar a organização do acesso aos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária.

Tais resultados foram divididos conforme a classificação do porte populacional dos municípios goianos (sete classes), e em três categorias de estudo. Na primeira categoria, foram descritas as características do acesso à saúde bucal, levando em consideração o acolhimento ao usuário. Em seguida, na segunda categoria identificou-se a organização da Atenção à saúde bucal pela perspectiva da avaliação de risco e vulnerabilidade. E por fim, na terceira categoria foi analisado o acesso aos serviços dentro do contexto de Vigilância em Saúde, sobretudo no que se refere ao diagnóstico de lesões bucais e câncer de boca.

5.1 Características do acesso à saúde bucal conforme o acolhimento ao usuário

5.1.1 Agendamento de consultas em saúde bucal

Analisando as variáveis selecionadas relativas ao acesso de primeiro contato, observou-se que das 677 unidades de saúde participantes da pesquisa no estado de Goiás, 34% referiram que as consultas em saúde bucal eram agendadas em qualquer dia e qualquer horário da semana (Figura 4). Tal informação representa nas referidas unidades a existência de porta aberta ao serviço odontológico, conforme preconizado no manual sobre acolhimento à demanda espontânea do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Este tipo de agendamento também permite identificar que a equipe conseguiu organizar sua demanda de tal forma que a necessidade do usuário é acolhida sempre que este procura a unidade.

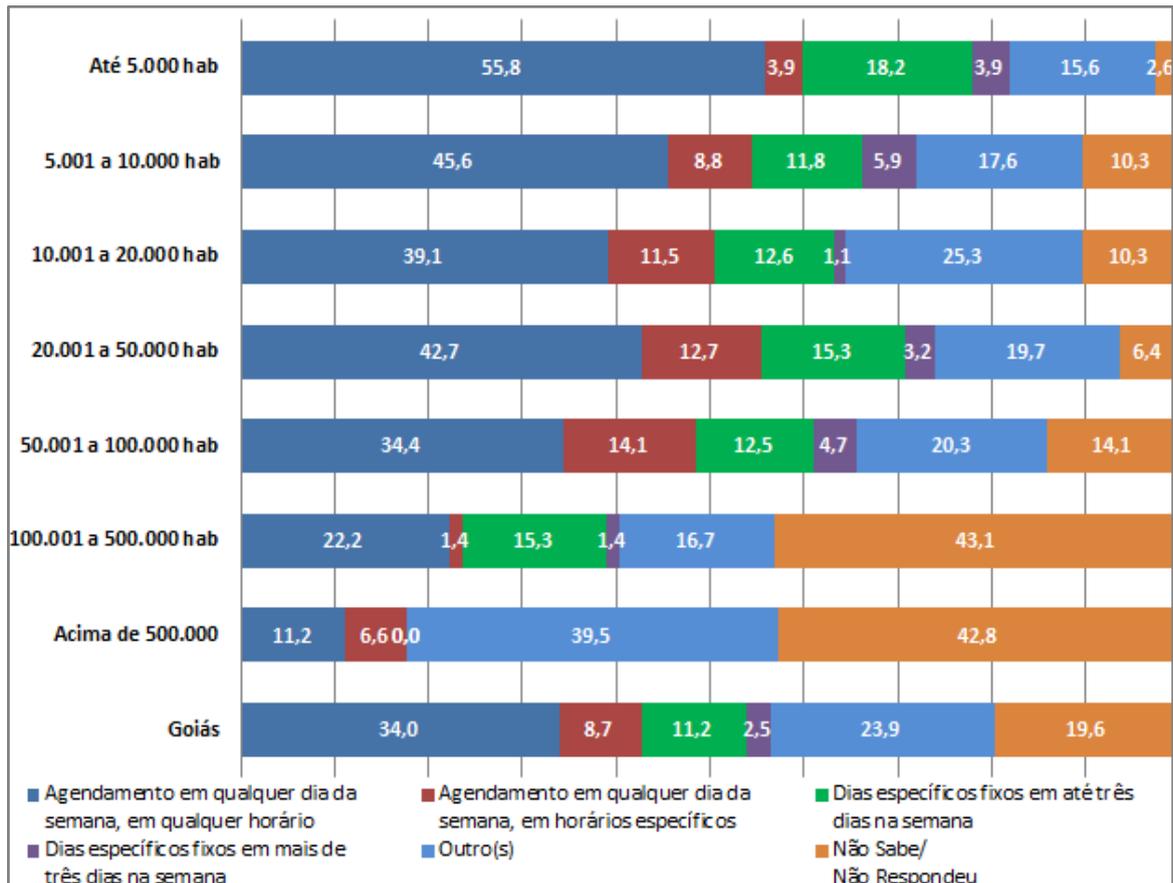


Figura 4. Agendamento de consultas de saúde bucal nos municípios de Goiás por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

No estado de Goiás, a segunda opção mais frequente de resposta foi “outros” (23,9%), o que leva a supor que o intervalo de marcação praticado seja maior que o semanal, informação a qual não pode ser confirmada por não estar especificada no instrumento de coleta. O percentual de equipes, 19,6% (n=133) que não souberam responder ou não responderam sobre a forma de agendamento deve ser levado em consideração. Por ser um número significativo dentro do universo das 677, este resultado pode indicar que provavelmente o entrevistado não era da saúde bucal, ou há falta de integração ou socialização com os demais membros da equipe sobre o processo de trabalho dentro de cada área.

Comparativamente, as equipes dos municípios de até 5.000 habitantes são aquelas onde a marcação “a qualquer dia” é maior (55,8%), enquanto em Goiânia (única cidade do Estado com mais de 500.000 habitantes) essa possibilidade é menor (11,2%). Pode-se evidenciar que os municípios de pequeno porte possuem oferta de

serviços suficiente e adequada para atender a demanda em saúde bucal, como também que estes têm uma organização do processo de trabalho e da demanda eficaz.

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal, sobretudo nas atividades assistenciais, é a organização da demanda. O documento que orienta as ações da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família afirma a importância de o setor estar integrado às demais ações desenvolvidas pela equipe e sugere a necessidade de que trabalhadores e usuários discutam a organização da porta de entrada. Define também que a gravidade ou o sofrimento do usuário deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, e não a ordem de chegada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

5.1.2. Acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal e uso de protocolo de acolhimento

O acolhimento à demanda espontânea (Figura 5) é realizado por 62,9% (n=426) do total das equipes pesquisadas no estado, sendo que somente 36,7% (n=249) utilizam algum protocolo (Fig.6). As equipes dos municípios cuja população está entre 10.001 e 20.000 habitantes e 50.001 e 100.000 habitantes são as que menos realizam o acolhimento à demanda espontânea, com 24,1% e 20,3% de respostas negativas, respectivamente.

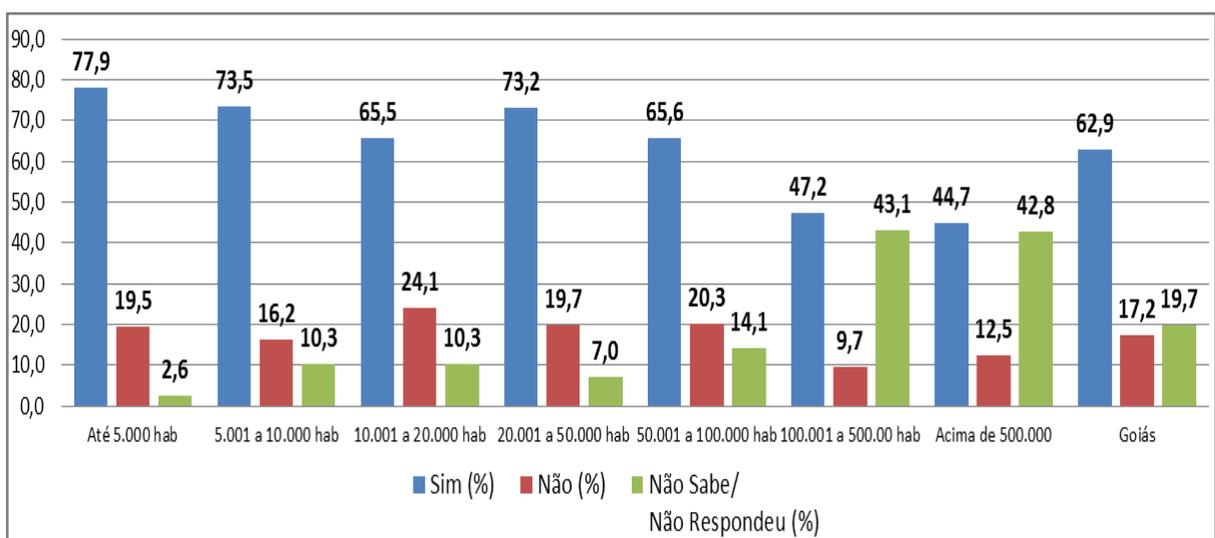


Figura 5. Equipes que realizam agendamento à demanda espontânea para saúde bucal nos municípios por porte populacional. Goiás, 2015

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

Os dados analisados não permitem qualificar o tipo de acolhimento informado pelos respondentes, embora a informação de que quase metade das equipes (43,3%) não tem protocolo para a ação indique a fragilidade da prática no cotidiano dos serviços (Figura 6). O acolhimento é um processo baseado no compromisso que os trabalhadores e as instituições estabelecem com o território e as necessidades de saúde e é uma potente ferramenta para produzir mudanças na reorganização das práticas e na qualidade do cuidado prestado em saúde. A participação e a negociação são elementos constitutivos desse processo (SOUZA, 2008).

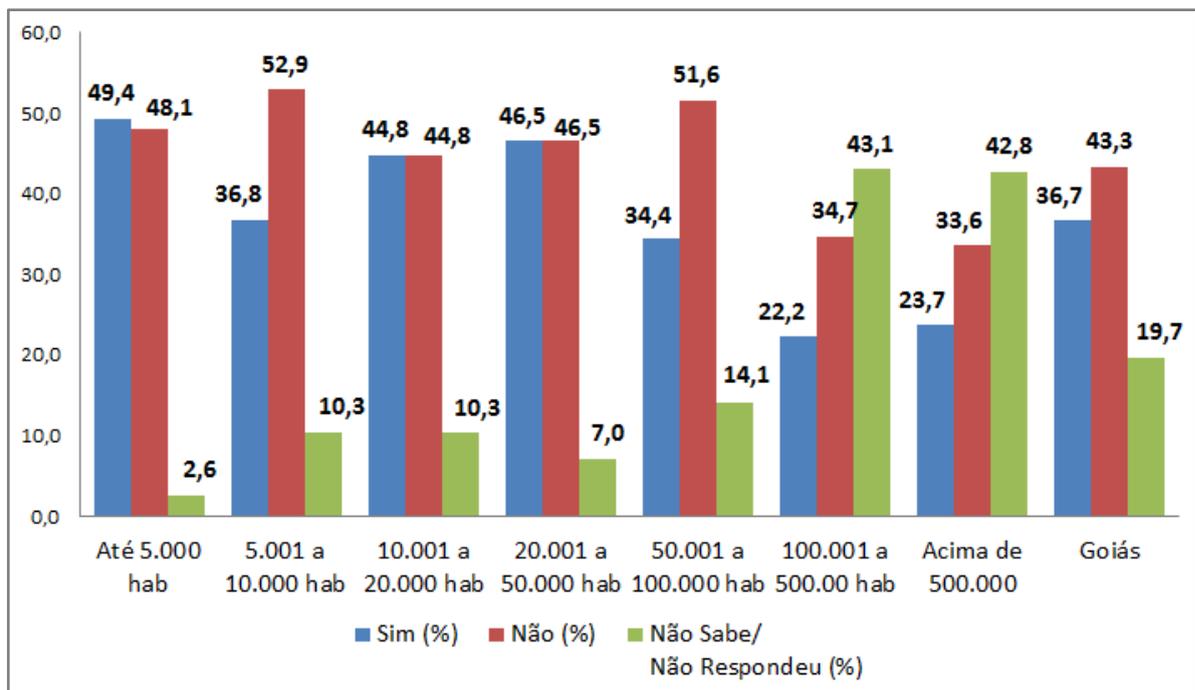


Figura 6. Utilização de protocolos de acolhimento pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

Além disso, deve-se considerar que os profissionais respondentes podem ter tido uma concepção equivocada a respeito da conceituação de demanda espontânea, tendo em vista que a maioria mencionou realizar o acolhimento, muito embora sem o uso de um protocolo.

Esta situação leva a refletir que foi interpretado como concepção de demanda espontânea pela equipe os casos de urgência odontológica, que na maioria das vezes representam quadros de dor. Considerando que a atenção primária representa a porta de entrada no sistema e que os procedimentos na maioria das

urgências são passíveis de serem resolvidos neste nível de atenção, era de se esperar que praticamente 100% das unidades, para não dizer todas realizariam o acolhimento desta demanda. Salvo, se no município fosse adotado como protocolo que o atendimento a esta demanda seja feito em unidades especificamente de urgência ou pronto atendimento odontológico. Apesar das unidades pesquisadas serem ESF, deve-se considerar também que as ESB na ESF são responsáveis pela atenção à saúde bucal da população de sua área adscrita, portanto pelo atendimento a demanda espontânea.

5.1.3 Garantia de agenda para continuidade do tratamento

A garantia de agenda pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) no estado de Goiás para a continuidade do tratamento do usuário é referida por 72,3% dos profissionais respondentes. Os municípios de pequeno porte (até 5.000 habitantes) apresentaram o melhor resultado (92,2%) das unidades que garantem a agenda de continuidade para o tratamento.

A pior situação em relação à garantia de agenda se encontra nos municípios de porte populacional entre 5.001 e 10000 habitantes, com 14,7% de respostas negativas (Figura 7).

Nesse sentido, quando comparados estes resultados com os da forma de agendamento, observa-se que há uma certa semelhança, na qual os municípios de menor porte na classificação adotada são os que apresentaram o melhor resultado quanto o agendamento em qualquer horário e dia da semana e a garantia de agenda para continuidade de tratamento. Isto vem comprovar que esses municípios apresentam uma organização do trabalho e uma oferta suficiente para acesso ao usuário.

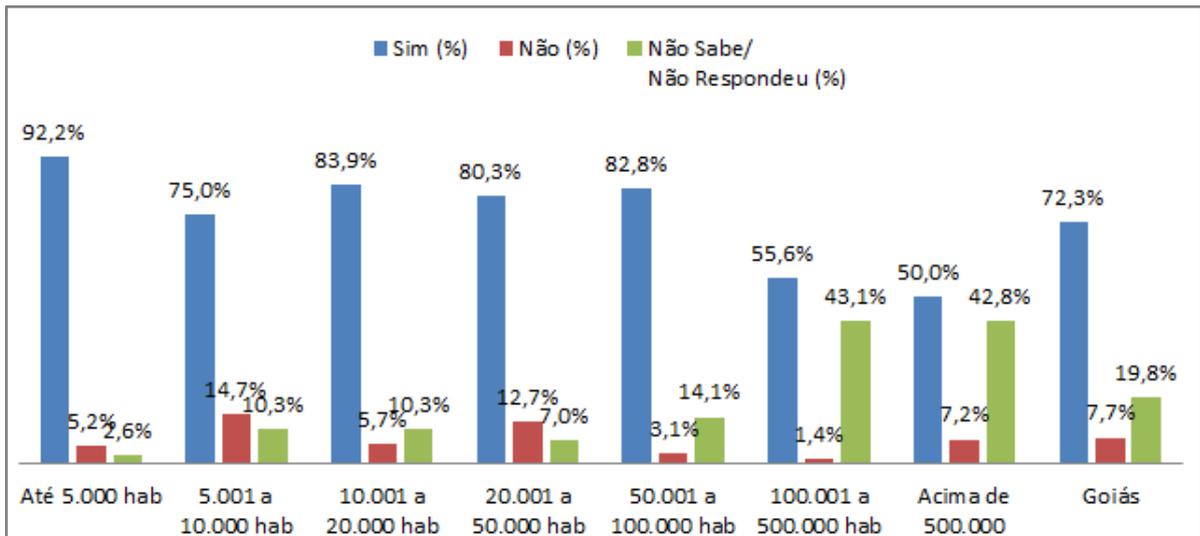


Figura 7. Garantia da continuidade do tratamento ao usuário, por meio das agendas das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional. Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

No entanto, Casotti; Contarato e Baldani (2014) discutem que deve-se considerar que quando os profissionais ao responderem “sim” para a garantia de consulta, as seguintes situações representariam uma falsa continuidade: agendamento com intervalos de tempo muito grande, aumentando o absenteísmo e os atendimentos de livre demanda, e as marcações feitas de forma espontânea e irregular pelo usuário, o que não caracterizaria a continuidade do cuidado.

A diversidade de organização dos serviços em relação ao acesso a atenção à saúde bucal, bem como orientação para a definição coletiva e participativa de medidas que ampliem o acesso foram elencadas por Casotti; Contarato e Baldani (2014):

Na Saúde Bucal, a expansão da oferta na esfera pública e os tensionamentos por mudança no modelo de atenção têm produzido cenários muito heterogêneos. Nos extremos, têm-se os serviços onde a organização é exclusivamente orientada para o atendimento por livre demanda, com predomínio de intervenções cirúrgicas de natureza mutilatória, e aqueles onde os atendimentos só ocorrem de forma programada, onde a restrição do acesso é o principal problema. O esforço necessário da gestão setorial é produzir mecanismos que induzam à reorganização do processo de trabalho, particularmente na forma como as equipes de saúde bucal se relacionam com as necessidades de seu território, e criar formas participativas e integradas de porta de entrada que ampliem o acesso e garantam a integridade do cuidado (p.145).

5.2. Organização da Atenção à Saúde Bucal através da perspectiva da avaliação de risco e vulnerabilidade

5.2.1 Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento e definição da oferta em função do risco identificado

O acesso à saúde bucal pode ser qualificado à medida que a organização dos serviços seja baseada nas necessidades da área adscrita, com pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, desenvolvendo-se protocolos locais de atenção e construindo-se linhas de cuidado (CASOTTI; CONTARATO; BALDANI, 2014).

No Estado de Goiás, a avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é reportada como uma atividade do cotidiano da clínica por 70,6% dos respondentes (Figura 8). As equipes das cidades com menos de 5.000 habitantes são as que mais realizam a avaliação (84,4%).

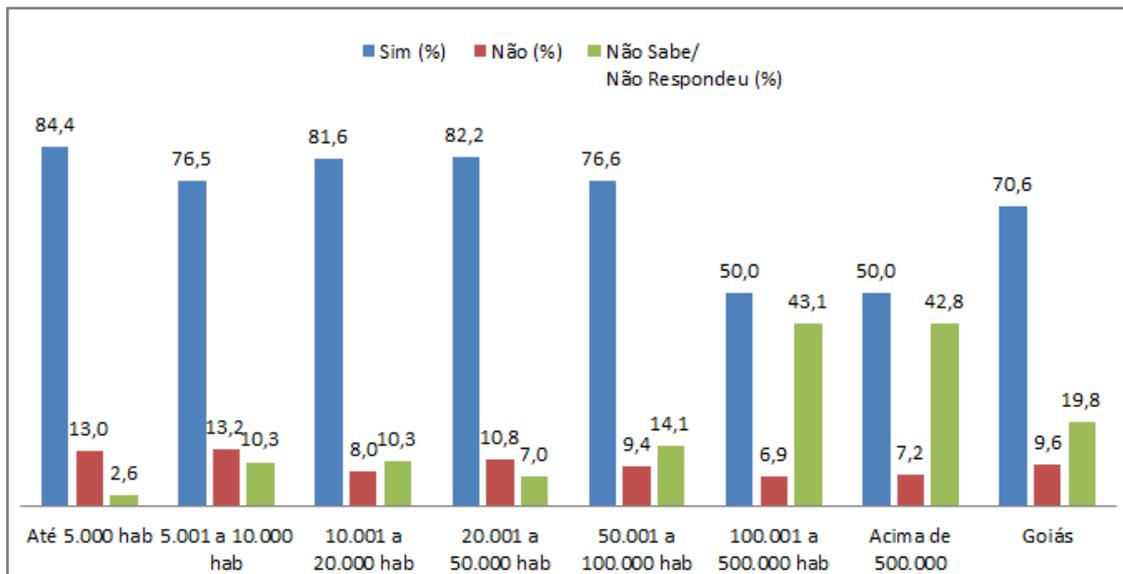


Figura 8. Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento pelos profissionais das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012.

A oferta de vagas definida em função do risco identificado é adotada em 67,2% das unidades do estado (Figura 9), porém, esta conduta não é adotada por 13% das equipes. As equipes das cidades cujo porte populacional está entre 5.001 e 10.000 habitantes se sobressaem em relação às demais, com 19,1% de respostas

negativas na definição de oferta baseado no risco (Figura 9).

É importante destacar que as cidades de 100.001 a 500.000 e município de Goiânia (acima de 500.000 habitantes) apresentaram o maior percentual de entrevistados que não responderam ou não sabiam responder ao questionamento, correspondendo a 43,1% e 42,8% respectivamente, tanto em relação a avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento e definição da oferta em função do risco identificado. Reforçando novamente a falta de integração entre equipes, caso o entrevistado não fosse da área de saúde bucal.

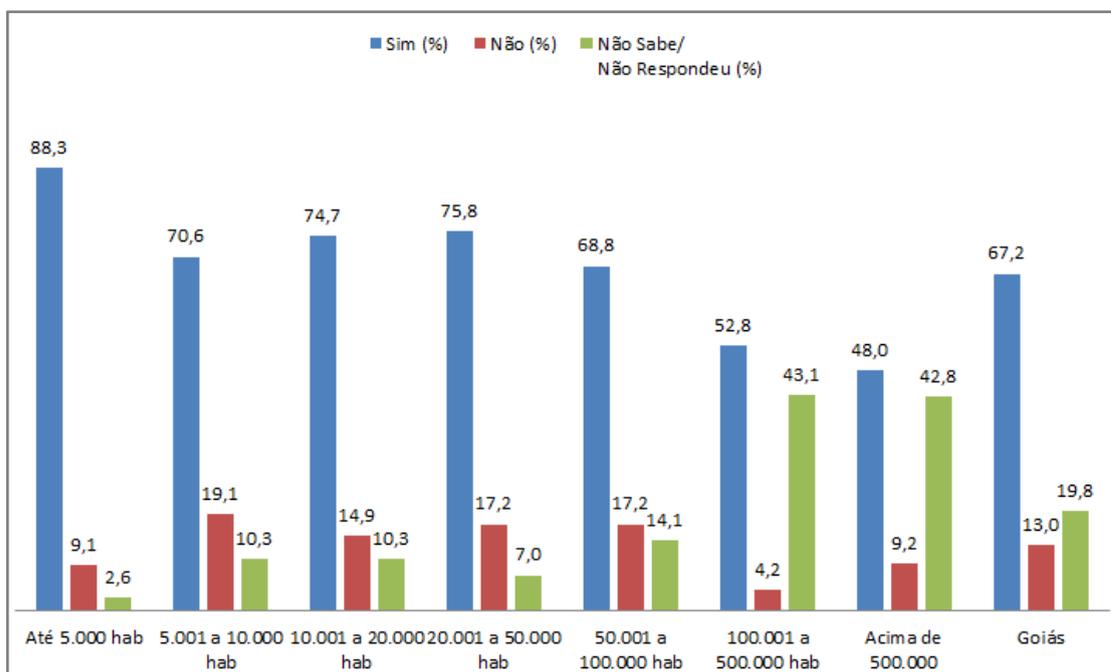


Figura 9. Definição da oferta dos serviços em função do risco identificado pelos profissionais das equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

Percebe-se um alto percentual de respostas positivas para as duas questões supracitadas. A “avaliação do risco e da vulnerabilidade é condição necessária para a construção do princípio da equidade e conseqüentemente da integralidade do cuidado, demonstrando a complexidade que envolve o manejo de tais critérios no cotidiano dos serviços” (CASOTTI; CONTARATO; BALDANI, 2014, p.148). Estes autores sugerem, assim, investigar com mais detalhes a adoção e a extensão desses conceitos no processo de trabalho das equipes. E ainda, mencionam que estudos complementares podem contribuir para a divulgação de experiências em

curso e, principalmente, para que se caracterizem as práticas que adotam tais critérios (CASOTTI; CONTARATO; BALDANI, 2014).

5.2.2 Uso de protocolo que define fluxo para atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais (PNE) pelas ESB

Para o atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, 40,9% das equipes do estado informaram possuir protocolos (Figura 10). Os municípios de porte populacional entre 10.001 e 20.000 habitantes tiveram o menor resultado (28,7%), que de acordo com Casotti; Contarato e Baldani (2014) este resultado pode estar relacionado à ausência de redes regionalizadas para a referência desses pacientes.

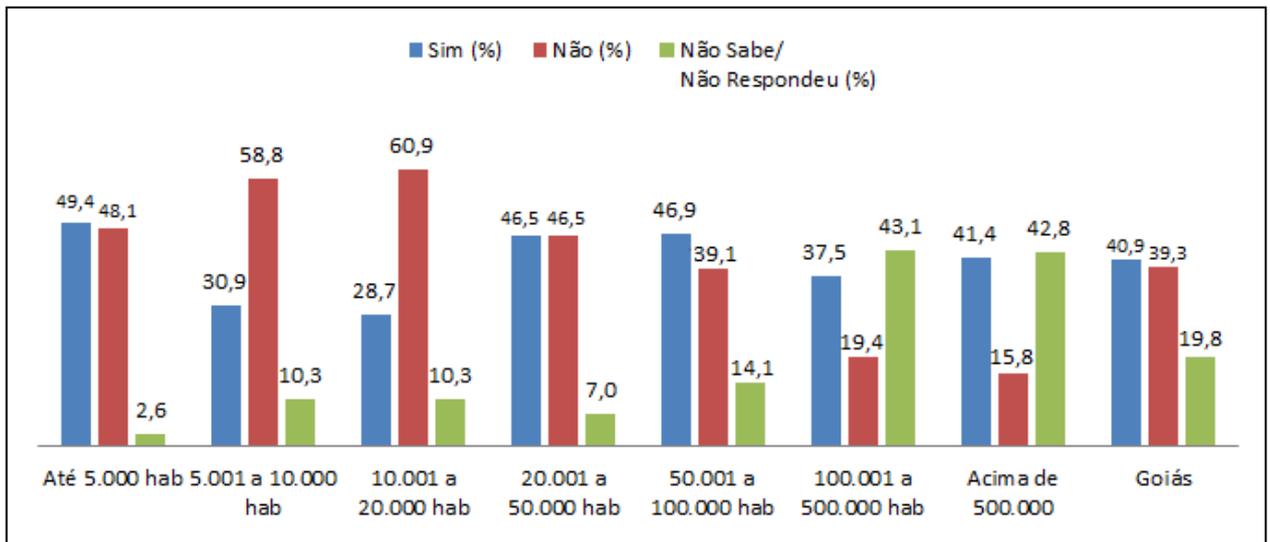


Figura 10. Utilização de protocolo para definição de fluxo para atendimento aos portadores de necessidades especiais, pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012.

5.3 Acesso aos serviços de Saúde Bucal no contexto de vigilância em Saúde

5.3.1 Campanhas de detecção de câncer bucal e encaminhamento de casos suspeitos e Registro e acompanhamento de casos suspeitos / confirmados de câncer de boca

A realização de campanhas para detecção de lesões bucais e encaminhamento dos

casos suspeitos de câncer é efetuada por 56,1% das equipes do estado, sendo que 19,8% dos entrevistados não souberam responder (Figura11).

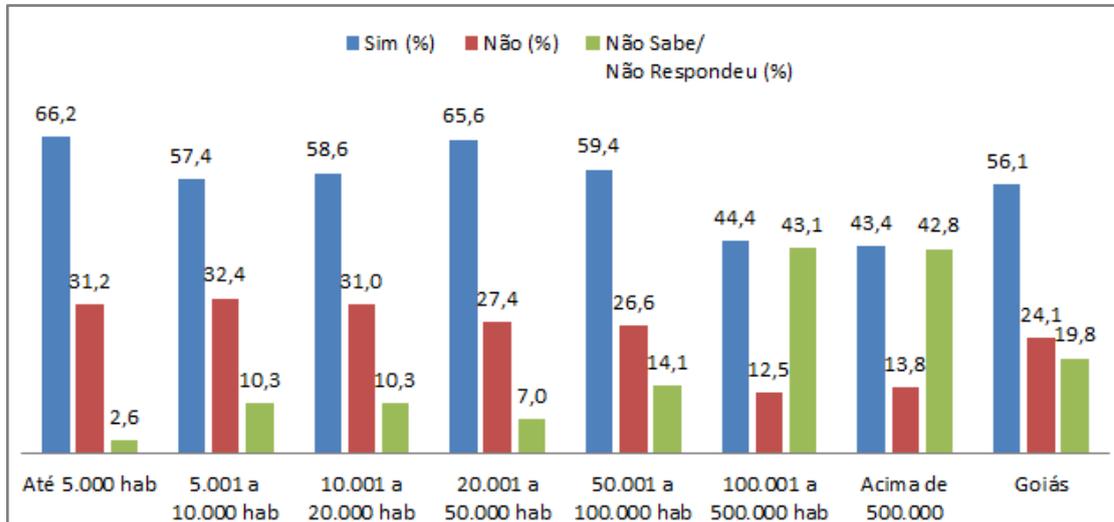


Figura 11. Realização de campanhas de detecção e encaminhamento de casos suspeitos de câncer bucal pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012.

Quanto ao registro e o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca (Figura 12), 44,2% das equipes, no estado de Goiás, relatam executar tais ações. Os piores desempenhos estão nas equipes dos municípios com porte populacional entre 50001 e 100000 habitantes (51,6% de respostas negativas), muito embora 59,4% realizaram campanhas de detecção de lesões bucais.

A fraca presença de fluxos e inserção das equipes de saúde bucal em redes de cuidado oncológico e a incipiência de uma rede de cuidado para pacientes com câncer bucal influenciam negativamente a capacidade de diagnóstico precoce, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

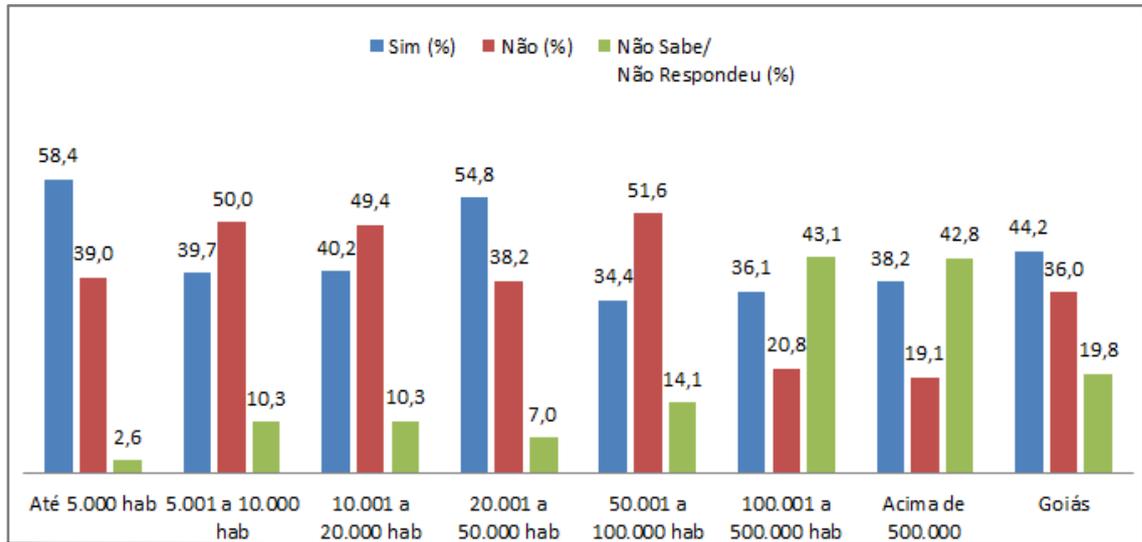


Figura 12. Registro e acompanhamento de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca pelas equipes de saúde bucal nos municípios de Goiás, por porte populacional, Goiás, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa, Banco PMAQ, 2012

Tendo em vista as três unidades temáticas ou categorias supracitadas, os resultados demonstraram que há uma associação entre porte populacional e acesso aos serviços de saúde bucal. Em municípios com até 50 mil habitantes, o acesso aos serviços odontológicos encontra-se numa situação mais satisfatória, enquanto nos municípios maiores percebe-se uma maior dificuldade da população para adentrar na rede de cuidados.

Avaliar as políticas públicas na tentativa de compreender os fatores que levam ao sucesso e fracasso das mesmas é importante para que sejam elaboradas propostas de renovação e mudanças. Dessa forma, os municípios brasileiros são unidades político-administrativas com autonomia para suas políticas públicas e, no âmbito do SUS, caracterizam-se pela descentralização dos serviços e ações de saúde. (HENRIQUE; CALVO 2009).

Costa e Pinto (2002), fizeram uma avaliação do incentivo à descentralização no Brasil conforme o porte populacional dos municípios, e concluíram que, na década de noventa, houve um notável crescimento da atenção ambulatorial e básica nos pequenos municípios brasileiros e crescimento equivalente desse nível de atenção no setor não SUS – seguros de saúde– nas médias e grandes cidades.

Existiu, assim, uma tendência inicial de implantação da Estratégia em áreas menos assistidas, conhecidas como “vazios sanitários”. Esses locais caracterizavam-se por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família tinha grande poder de indução da política de saúde. (HENRIQUE; CALVO 2009).

Dados das Pesquisas Nacionais de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2003 e de 2008 apontam uma melhoria do acesso aos serviços odontológicos, quando mais de 17,5 milhões de brasileiros passaram a frequentar o dentista.

O manual do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) informa que dos entrevistados na PNAD 2008, em média 35% destes declararam a utilização do SUS no último tratamento odontológico.

França, (2013) discute a importância de avaliar o acesso aos serviços, com o uso de indicadores, para acompanhar as implementações das políticas, especificamente no campo da saúde bucal, bem como para avaliação da condição de saúde, podendo verificar o quanto persiste a exclusão social. E ainda, a relação do acesso e a organização do serviço:

Os indicadores de acesso e utilização dos serviços demonstram uma preocupação em acompanhar os avanços das políticas implementadas na saúde bucal e seu impacto na população. Outro aspecto relaciona-se com o fato de avaliar o quanto tem deixado de ser excludente o serviço odontológico que perdurou no país por muito tempo, a atenção exclusiva a determinados grupos em detrimento de outros. Também se menciona o fato do país ser marcado por grandes desigualdades sociais e ainda, que o acesso e utilização dos serviços estão atrelados às características individuais e contextuais do indivíduo e da organização dos serviços. É preciso identificar como tem sido o acesso aos serviços odontológicos disponibilizados pelo SUS para que novas políticas sejam implementadas ou até mesmo as ações sejam redirecionadas. (FRANÇA, 2013, p.102).

6 CONCLUSÃO

Neste estudo conclui-se que a maioria das equipes agendam as consultas em saúde bucal em qualquer dia e qualquer horário da semana, caracterizando porta aberta ao serviço odontológico. Quanto menor o porte populacional da cidade, mais essa característica se faz presente.

O acolhimento à demanda espontânea específico para a saúde bucal é realizado por mais da metade das equipes pesquisadas.

Quase metade das equipes de saúde bucal não utilizam protocolo de atendimento à demanda espontânea.

A maioria dos profissionais da ESB referem a garantia da continuidade do tratamento iniciado pelo usuário.

A avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é realizada pela maioria dos profissionais, sendo que os municípios de menor porte populacional são os que mais realizam a avaliação.

Quanto a protocolos com definição de fluxo a pessoas com necessidades especiais, pode ser constatado um “movimento” neste sentido pelos profissionais de saúde bucal.

A realização de ações de vigilância em saúde bucal referentes a campanhas para detecção de lesões bucais e encaminhamento dos casos suspeitos de câncer é efetuada por pouco mais da metade das equipes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo-se do pressuposto de que a saúde é um dever do Estado, acredita-se que a garantida por meio de uma rede assistencial, possibilita ao usuário o direito de acesso ao atendimento, desde a Atenção Primária, até encaminhamentos a serviços mais complexos.

É na Atenção Primária que os profissionais possuem uma visão mais abrangente do indivíduo e da coletividade, vistos em vários aspectos, dentro de suas condições de vida e suas reais necessidades em saúde.

A expressiva melhora das condições de saúde bucal da população brasileira ao longo dos anos tem sido objeto de discussão tanto no meio acadêmico quanto no universo da prestação dos serviços.

O destaque dado à saúde bucal traz como exigência a avaliação constante das políticas existentes e uma análise do acesso aos serviços ofertados, auxiliando as equipes e gestores da Atenção Primária na manutenção da qualidade da assistência, assim como na identificação de possíveis problemas e correções posteriores.

Quando se analisa a organização dos serviços de saúde bucal na perspectiva do acesso, é notório que estamos diante de imensos desafios. Para se produzir cuidados e direcionar os serviços no sentido de se garantir tanto a prevenção quanto a recuperação dos agravos, deve-se considerar a necessidade de engajamento efetivo dos diversos atores na produção social de saúde e na qualificação da Atenção Primária, para que as estratégias em prol da saúde bucal se integrem e produzam resultados.

Os resultados e discussão apresentados sobre acesso aos serviços de saúde bucal sob a ótica do acolhimento, vulnerabilidade e vigilância em saúde, apontam que melhores investimentos devem ser feitos na Atenção Primária, pois somente priorizando-a será possível considerá-la como uma efetiva porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS.

A sistematização do monitoramento e avaliação dos serviços de saúde bucal permitem analisar as ações e, desta forma, verificar se estas conseguem atingir de

forma mais precisa os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

O presente estudo oferece subsídios para a prática da gestão e assistência à saúde bucal, permitindo que o planejamento para tomada de decisões nas políticas públicas possa ser melhor realizado.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ASSIS, M.M.A.; JESUS W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11 p. 2865-2875, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil**. 1986. 137p. (Série C: Estudos e Projetos,4). Disponível em: <http://dtr2004.sude.goc.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: cárie dental**. 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>)

_____. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Portaria n. 1.444**. Publicada no Diário Oficial da União de 29/12/00, seção 1,p.85, 2000 .

_____. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde. 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. **Brasil Sorridente**. Disponível em URL:<http://saude.gov.br>. Acesso em 21 de setembro de 2004.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Edição administrativa atualizada em outubro de 2005. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 21- Vigilância em saúde**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, 17, Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 1.654/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n 28, Acolhimento à demanda espontânea**, Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 116 p.

_____. 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, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. II Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1702. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da família. Brasília, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 15 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2015.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.

Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292p.

CALVO, M. C. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.

CASOTTI E.; CONTARATO P.; C.; BALDANI M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: Uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p.140-157, out. 2014.

CASSAL J.; B.; CARDOZO D.; D. Perfil dos usuários de urgência odontológica em

uma unidade de atenção primária a saúde. **Rev. APS** . Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2011.

CHAVES, S.et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p 1005-1013, ago. 2011.

DONABEDIAN, A.**An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press. 2003.

COHN A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7 p, 1614-1619, jul. 2009.

COLUSSI C.F.; CALVO M. C. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão de literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.92-100, 2012.

COSTA, N.R.;PINTO, L.F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil.

CienSaúdeColet, v.4, p.903-923. 2002.

DIAS. B.C. **Os desafios da Atenção Primária em debate em Brasília**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, abr. 2015. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/04/os-desafios-da-atencao-primaria-em-debate-em-brasilia/>. Acesso em: 15 out 2015.

FACCHINI L.A.; et al. **Projeto para avaliação externa e censo das unidades básicas de saúde**. Universidade Federal de Pelotas, 2011.

FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006.

FRANÇA M.A. de S.A. **Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil**. 2013. 393 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

GOMES, K. O. G. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde.

Ciência&SaúdeColetiva. 2011, v. 16, supl. 1, p. 881-892.

HABICHT J. P; VICTORA C. G; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact.

International Journal of Epidemiology. v. 28, n.1, p. 10-18, 1999.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, suppl. 1, p.1359-1365, set./out, 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 1998**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2000. 96 p.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2003**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2003. 169 p.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico. Características da população e dos domicílios**. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

QUINDERE P.H.D.; et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n.7, p. 2157-2166, jul. 2013.

ROCHA, R. de A. C. P. **Determinantes de acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande- Paraíba**. 2006. 166 f.. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2006.

SANCHEZ H.F.; DRUMOND M.M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. **Rev. Gaúcha Odontol**. Porto Alegre, v.59, p. 79-86, jan./mar., 2011.

SANCHEZ R.M.; CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do

diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Braz. j. otorhinolaryngol**, São Paulo, [online].v.76, n.4, p. 416-422, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>. Acesso em 15 out 2015.

SANTOS T.A.P; ROSSO, C.F.W. **Desempenho de serviços de saúde prestados à mulher residente no entorno sul do distrito federal na perspectiva da usuária.** 2013. 137f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

SILVA, W. B.da. **Atenção ao Câncer do Colo de Útero e de Mama no Estado de Goiás.** 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiás.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out 2015.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TERRERI, A. L. M.; SOLER, Z. A. S. G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1581-1587, jul. 2008.

THIEDE M.; MCINTYRE D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, maio, 2008.

VALENTIM I. V. L.; KRUEL A, J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-88, maio/jun. 2007.

TRAVASSOS C; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out 2015.

VIACAVA F.; et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-34, abr. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CF. 38/12 Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

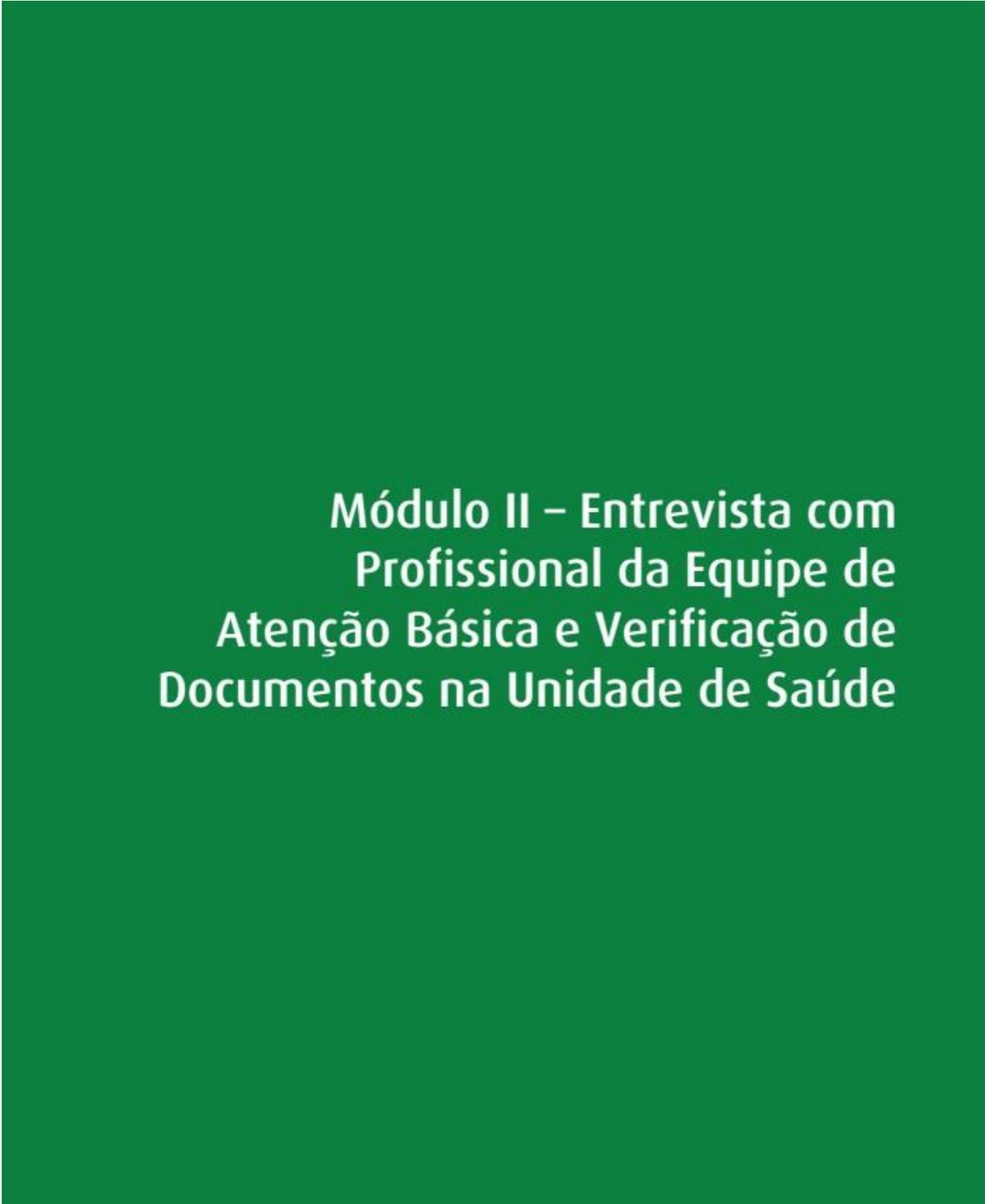
Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB"

Prezado Pesquisador,

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PMAQ – MÓDULO II – PRIMEIRO CICLO, 2012

**Módulo II – Entrevista com
Profissional da Equipe de
Atenção Básica e Verificação de
Documentos na Unidade de Saúde**

II.36		Atenção à saúde bucal	
Este bloco só deverá ser perguntado se houver na equipe profissional de saúde bucal.			
II.36.1	Como são agendadas as consultas em saúde bucal? (O entrevistador deverá ler as opções.)		Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos em até três dias na semana
			Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
			Outro(s)
II.36.2	A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Aplicação de selante
			Aplicação tópica de flúor
			Restauração de amálgama
			Restauração de resina composta
			Exodontia
			Selamento provisório de cavidade dentária
			Curativo de demora (saneamento dentário)
			Drenagem de abscesso dentoalveolar
			Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
	Nenhuma das anteriores		
II.36.3	Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?		Sim
			Não
II.36.4	O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?		Sim
			Não
II.36.5	A oferta é definida em função do risco identificado? (Se NÃO, passar para a questão II.36.6.)		Sim
			Não

continua...

II.36.6	A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea? (Se NÃO, passar para a questão II.36.7.)		Sim
			Não
II.36.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.36.7	A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento? (Se NÃO, passar para a questão II.36.8.)		Sim
			Não
II.36.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.36.8	A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?		Sim
			Não
II.36.9	A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca? (Se NÃO, passar para o bloco II.37.)		Sim
			Não
II.36.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.37	Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária		
II.37.1	Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?		Sim
			Não

II.37.2	O município possui referência para quais especialidades? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Endodontista
		Sim	Não	Periodontista
		Sim	Não	Cirurgião bucomaxilofacial (cirurgia oral menor)
		Sim	Não	Estomatologista
		Sim	Não	Ortodontista
		Sim	Não	Implantodontista
		Sim	Não	Radiologista
				Outro(s)
II.37.3	Existem protocolos que definem fluxos para: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Solicitação de próteses a partir da Unidade	
			Referência e contrarreferência de usuários para o CEO ou outro serviço especializado	
			Fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca	
			Atendimento para pessoas portadoras de necessidade especiais pelos profissionais de saúde bucal	
			Nenhuma das anteriores	