

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

RENATA DO NASCIMENTO

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL EM GOIÁS

GOIÂNIA

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS 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), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, 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

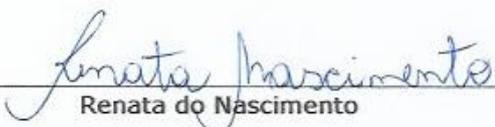
Nome completo do autor: **Renata do Nascimento**

Título do trabalho: **Atenção Básica em saúde bucal em Goiás**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

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


Renata do Nascimento

Data: 23 / 08 / 2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

RENATA DO NASCIMENTO

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL EM GOIÁS

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

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Processos Gerenciais nos Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a Marta Rovey de Souza

GOIÂNIA

2016

NASCIMENTO, Renata do

Atenção básica em saúde bucal em goiás [manuscrito] / Renata do Nascimento.
– 2016

Xi, 61 f.: il.

Orientador: prof. Marta Rovey de Souza.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Pró Reitoria de Pós-Graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

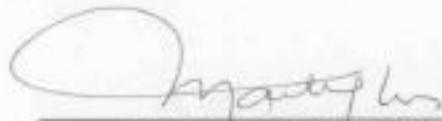
1. Saúde Bucal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Integralidade em saúde. I. Rovey de Souza, marta, oriente. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

Às 31 dias do mês de maio de 2016, às 09h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Marta Rovey de Souza (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Edsaura Maria Pereira (Membro Interno) e Dr. Carlos Rodolfo Mohn Neto (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “Atenção Básica em Saúde Bucal em Goiás”, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Renata do Nascimento**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Marta Rovey de Souza, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:30 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Prof. Dra. Marta Rovey de Souza
Presidente e Orientadora / UFG



Prof. Dra. Edsaura Maria Pereira
Membro Interno



Prof. Dr. Carlos Rodolfo Mohn Neto
Membro Externo

Dedico este trabalho à minha amada e preciosa filha Gabriela, que fez brotar em mim o mais forte e infinito sentimento que é o amor de uma mãe para os seus filhos. Esse amor puro deve servir-nos de inspiração para que quando olharmos para as necessidades do outro, mesmo que essas necessidades não sejam as nossas, apenas pelo fato do outro ser parte do coletivo ao qual pertencemos, brote em nós sentimentos desprovidos de individualismo, pois, só assim construiremos uma Saúde Coletiva melhor para o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por permitir que eu tivesse a oportunidade de entrar para o mestrado e desenvolver essa pesquisa que foi parte de um processo de difícil mudança de rota da minha vida.

Aos meus pais, Mariinha e Márcio, sem os quais jamais teria chegado até aqui, e que durante o mestrado foram imprescindíveis na ajuda e apoio que me deram, tanto do ponto de vista prático, ajudando na logística das aulas extras da Gabriela, como também nas questões emocionais que tanto me abalaram durante o percurso. Ao meu marido Kléber, pelo seu apoio e incentivo desde o início sendo que, por várias vezes, não me deixou desistir.

À minha filha Gabriela, pois mesmo sendo ainda tão jovem se mostrou madura o suficiente para lidar com os momentos da minha ausência e, ainda, ensinar-me com sua atitude responsável e persistente, como encarar as tarefas escolares.

A todos da minha família, que de alguma forma contribuiu para que eu alcançasse este título, especialmente ao meu irmão Adriano e às minhas tias Carminha e Graça. Aos meus lindos sobrinhos Mariana e Mateus que, junto com a Gabi, conseguiam dar leveza aos dias de pesado compromisso com o escrever.

À minha competente e elegante orientadora, Dra. Marta Roverly pela disposição, paciência e pelo domínio na arte de ensinar.

Aos professores da banca de qualificação e da banca de defesa Dra. Nilza, Dr. Carlos Rodolfo e Dra. Edsaura pelas valiosas contribuições e sugestões para o aprimoramento do trabalho.

Às amigas de verdade que encontrei no mestrado: Alessandra, Emily, Ludmila e Patrícia, vocês foram imprescindíveis para eu não enlouquecer!!

Aos amigos da extinta Gerência de Saúde Bucal, que souberam entender e relevar os momentos de pressão que passei e os quais eu não soube lidar oportunamente, muito obrigada a essa equipe de trabalho ímpar.

Aos chefes e colegas de trabalho das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, que compreenderam que o ingresso de um servidor no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva agrega benefícios ao serviço público de saúde que transcendem os benefícios pessoais que uma pós-graduação pode trazer a alguém e, assim, souberam entender o tempo que dediquei ao estudo e à pesquisa.

Ao Júlio Henrique pelo auxílio na consolidação dos dados.

Às funcionárias da secretaria do mestrado, Gleyda e Neuracy, pela ajuda e disposição em diversos momentos.

NASCIMENTO, R do. **Atenção Básica em saúde bucal em 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; 2016.

RESUMO

Introdução: a partir da criação e implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, houve uma notória ampliação do acesso à assistência odontológica pública. Entretanto, ainda são grandes os desafios para a melhoria do acesso e da qualidade aos serviços odontológicos. **Objetivo:** descrever a organização da atenção básica em saúde bucal em Goiás, em 2012. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo que analisou os dados secundários extraídos do banco do componente da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 1º ciclo, entre setembro e outubro de 2012. A amostra foi constituída por 540 Equipes de Saúde Bucal (eSB) que responderam ao questionário do PMAQ-AB, localizadas em 174 municípios e distribuídas nas 17 Regiões de Saúde (RS). **Resultados:** entre as eSB, 42% realizaram o agendamento da população em qualquer dia e horário; mais de 80% realizaram todos os procedimentos odontológicos; 96,6% afirmaram que existe acolhimento às demandas espontâneas; 54% relataram que existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência para o encaminhamento da população que necessita desse atendimento. Os maiores percentuais de eSB que afirmaram ter um CEO de referência estavam nas RS Entorno Sul (96,6%), Serra da Mesa (92,3%) e Sudoeste II (81,0%). Nenhuma equipe das RS Nordeste I e Nordeste II possuíam CEO de referência. Na RS Rio Vermelho, 90,9% das eSB afirmaram não terem um CEO para referência, o mesmo ocorreu na RS Estrada de Ferro em que 85,2% das equipes não têm para onde encaminhar os pacientes que necessitavam de atendimento nas especialidades odontológicas. **Considerações Finais:** a Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado de Goiás ainda é incipiente. O desafio futuro é a consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal regionalizada, onde a atenção primária exerça o papel de coordenadora da atenção.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde.

NASCIMENTO, R. **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: from the creation and implementation of the National Oral Health Policy in 2004, there has been a noticeable increase in access to public dental care. However, there are still major challenges to improving access and quality to dental services. **Objective:** To describe the organization of basic dental care in Goiás in 2012. **Methodology:** this is a descriptive study that analyzed the secondary data extracted from external evaluation component of the bank's National Program for Improving Access and Primary Care Quality (PMAQ-AB), first cycle, between September and October 2012. The sample consisted of 540 oral health teams (eSB) that responded to the questionnaire PMAQ-AB, located in 174 municipalities and distributed in 17 health regions (RS). **Results:** among the eSB, 42% conducted the scheduling of the population on any given day and time; over 80% conducted all dental procedures; 96.6% said that there is reception to spontaneous demands; 54% reported that there is a Dental Speciality Center of reference for the routing of the population in need of such care. The highest percentages of eSB which claimed to have a reference CEO were in the RS Environs South (96.6%), Serra da Mesa (92.3%) and Southwest II (81%). No team of RS Northeast I and II Northeast had CEO to reference. In the RS Red River, 90.9% of eSB affirmed not have a CEO for reference, the same occurred in the RS Railway in which 85.2% of the teams have nowhere to refer patients in need of care in dental specialties. **Final Considerations:** The Oral Health Care Network of the state of Goiás is still incipient. The future challenge is the consolidation of a regionalized Oral Health Care Network, where primary care is the major focus of attention.

Key words: Oral Health; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Integrality in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Série histórica de Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família. Goiás, 2000-2012.....	17
Figura 2 – Fluxograma de amostragem das equipes de saúde bucal (eSB) da Estratégia de Saúde da Família e eSB parametrizadas. Goiás, 2012.....	32
Figura 3 – Mapa do estado de Goiás e suas Regiões de Saúde, em 2012	34
Figura 4 - Tipologia das Regiões de Saúde de Goiás, em 2012	36
Quadro 1 - Variáveis selecionadas do instrumento de dados do PMAQ-AB.....	32
Quadro 2 - Grupos socioeconômicos das Regiões de Saúde de Goiás, em 2012...	35
Tabela 1 - Panorama da atenção em saúde bucal. Goiás, 2012.....	37
Tabela 2 - Agendamento de consultas em saúde bucal. Goiás, 2012.	38
Tabela 3 – Procedimentos básicos de saúde bucal realizados na rede pública. Goiás, 2012.....	39
Tabela 4 – Organização dos serviços de saúde bucal na rede pública. Goiás, 2012.	40
Tabela 5 - Existência de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência para equipe de saúde bucal, por Região de Saúde. Goiás, 2012	42
Tabela 6 - Existência de protocolos de fluxo para alguns serviços odontológicos. Goiás, 2012.....	43
Tabela 7 - Existência de protocolos de fluxo para alguns serviços odontológicos, por Região de Saúde. Goiás, 2012	43
Tabela 8 - Tempo de espera (em dias) para atendimento nas especialidades odontológicas. Goiás, 2012.....	45
Tabela 9 - Tempo de espera (em dias) para atendimento nas especialidades odontológicas por Região de Saúde. Goiás, 2012	46

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CPO-D	Índice de dentes cariados perdidos e obturados
eSB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia do Departamento de Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Iptsp	Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
RS	Região de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SB Brasil	Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamentos Concluídos
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UOM	Unidades Odontológicas Móveis

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A Política Nacional de Saúde Bucal.....	15
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
4 METODOLOGIA	31
4.1 Delineamento do estudo	31
4.2 Fonte de dados	31
4.3 Critérios de elegibilidade.....	31
4.4 Variáveis de interesse.....	32
4.5 Análise dos dados.....	33
4.6 Aspectos éticos.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Primeiro eixo: organização do trabalho das equipes de saúde bucal	38
5.2 Segundo eixo: integralidade.....	40
6 CONCLUSÃO	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS	54
Anexo I – Nota Técnica – Avaliação Externa do PMAQ 1º Ciclo, 2011/2012.....	54
Anexo II – Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Variáveis	57
Anexo III – Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Goiás, 2012.....	59

APRESENTAÇÃO

Este estudo contempla a descrição estadual da atenção básica em saúde bucal em Goiás, por meio dos dados coletados na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A atenção em saúde bucal no Brasil ainda está em construção, por isso a busca por suas particularidades no estado de Goiás é necessária para que seu planejamento seja condizente com a realidade estadual.

Durante minha trajetória profissional, que teve início em 1992, tive oportunidade de trabalhar em diversos locais de assistência odontológica pública, tanto na capital como também no interior. Particpei das três mais recentes pesquisas nacionais sobre as condições de saúde bucal no Brasil e pude ter diferentes experiências, pois em cada uma delas trabalhei numa função diferente: em 1996 fui examinadora, em 2001 fui calibradora e em 2010 fui coordenadora estadual da pesquisa em Goiás.

Em 2011, assumi a Gerência de Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Foi quando percebi a necessidade de estudos que descrevessem e também avaliassem a atenção em saúde bucal no estado. O planejamento estadual precisa de dados, com respaldo metodológico e científico, para dar suporte às suas decisões e prioridades. A necessidade de um retrato ou descrições de como está organizada a atenção em um determinado momento é primordial para a tomada de decisão e posteriormente para avaliação de como está evoluindo uma política pública de saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tem a atenção básica como alicerce para o seu desenvolvimento. Dessa forma, buscar uma descrição da organização da atenção em saúde bucal, por meio de dados oriundos de uma avaliação externa realizada pela academia, pareceu-me extremamente apropriado e coerente.

Assim, ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, minhas indagações e procura por respaldo científico encontraram um caminho a ser percorrido, pois entendo que não será em uma única pesquisa que todas as respostas serão encontradas, no entanto esse caminho que a pesquisa científica abre para a saúde bucal com o PMAQ-AB deve ser explorado totalmente. Portanto, minhas dúvidas acerca de como é organizada a atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás poderiam começar a ser descritas.

Assim, primeiramente, na introdução, apresento o histórico da construção da atenção em saúde bucal no Brasil e também os dados epidemiológicos das pesquisas nacionais das condições de saúde bucal da população brasileira.

No segundo momento apresento o referencial teórico que é desenvolvido focando em quatro eixos teóricos da pesquisa: avaliação, gestão, planejamento e integralidade, todos dentro da perspectiva da saúde.

Em seguida é apresentada a metodologia da pesquisa, sendo um estudo que descreve os dados secundários de uma pesquisa nacional, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) que avaliou a Atenção Básica, são descritos ainda os critérios de elegibilidade da amostra, as variáveis de interesse, a análise dos dados, e os aspectos éticos.

No quarto momento são apresentados os Resultados e Discussão que foram divididos em dois eixos: organização dos serviços de saúde bucal e integralidade.

Finalizando com as conclusões do trabalho, nas quais os objetivos são respondidos e em seguida contribuo com minhas considerações finais, indicando pontos que precisam ser melhorados na Atenção Básica em Saúde Bucal (SB) em Goiás.

Este estudo poderá contribuir para a construção de uma rede de atenção em saúde bucal qualificada, que atenda melhor as necessidades da população do estado de Goiás e suas diferentes regiões de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Declaração formulada durante a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978 foi o embrião da Atenção Primária, que ainda hoje encontra-se em processo de consolidação no Brasil. Nessa Declaração foram descritos quais deveriam ser os cuidados primários de saúde que, por sua vez, edificaram a base das discussões do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil durante a década de 1980 (OMS, 1979).

Dessa forma, em março de 1986 houve a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde com discussões de temas como: Saúde como Direito e a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e seu Financiamento. Essas discussões da época culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988. Após dois anos, em 1990, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde que foi regulamentada pelo Decreto Nº 7.508, em junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

A Declaração de Alma-Ata define como cuidados primários de saúde:

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1979).

O Ministério da Saúde (MS) usa a denominação Atenção Básica para caracterizar um conjunto de ações de saúde voltadas para populações de territórios definidos. Essas ações devem abranger desde a promoção e a proteção da saúde, incluir a prevenção e o diagnóstico, e realizar o tratamento de agravos. É necessário ter profissionais que desenvolvam seus trabalhos em equipe, realizando procedimentos simples, porém exigindo conhecimentos abrangentes sobre a saúde daquela população, possibilitando assim resolver os problemas mais frequentes e relevantes daquele território. Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, seguir os princípios do SUS, incluindo a humanização e o vínculo, sendo a ordenadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011b).

Diante da necessidade de reformas para consolidação da assistência prestada pelo SUS, o MS implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção primária no Brasil (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar de estratégia prioritária, não é o único

modelo de organização da atenção primária no Brasil, sendo que outros modelos de atenção primária à saúde podem ser encontrados. É importante destacar que esse é um aspecto da conformação da atenção primária brasileira, pois, diante do fato do Brasil ser um país de dimensões continentais, construir um modelo único de atenção primária no Brasil é complexo, devido a tantas diferenças regionais como cultura e geografia. Por esse motivo, apenas a ampliação da cobertura nem sempre correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada pela ESF (GIOVANELLA et al., 2009).

A Lei Orgânica da Saúde estabeleceu as atribuições comuns e específicas de cada uma das três esferas de governo para organização e implementação do SUS. Entretanto, as interfaces de atuação do estado e dos municípios na atenção primária em saúde estão, em grande parte, organizadas de forma que suas competências estão concorrentes entre os níveis de gestão. Principalmente quando se refere ao papel do estado na gestão da saúde, nota-se uma certa indefinição. Desde a municipalização a esfera federal passou a estabelecer uma relação mais direta com os municípios, enfraquecendo a capacidade política dos estados na construção de políticas supra municipais e, como consequência, a fragilidade dos estados na articulação e coordenação dos sistemas regionais e das redes regionais de atenção à saúde (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

Diante da necessidade de orientação para que se garantisse a continuidade e integralidade das ações de saúde iniciadas pela Atenção Básica, em 2010, o MS estabeleceu diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS por meio da Portaria Nº 4.279 (BRASIL, 2010). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, a expressão “fortalecimento da Atenção Primária em Saúde” ganha folego devido ao seu papel de eixo estruturante dentro das Redes de Atenção à Saúde. RAS caracteriza-se por relações horizontais entre seus pontos de atenção sendo a Atenção Primária o seu primeiro acesso, cabendo-lhe o papel de ordenadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

1.1 A Política Nacional de Saúde Bucal

Concomitantemente, a esse cenário da construção da Atenção Primária no Brasil e

diante de um quadro epidemiológico de condições caóticas de saúde bucal da população brasileira, foi realizado um primeiro levantamento epidemiológico Nacional de Saúde Bucal, em 1986. Em 1988, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em que, dentre os temas discutidos, foi apresentada a proposta da Inserção da Odontologia no SUS.

Apesar da movimentação feita pela sociedade desde 1988, por meio das duas conferências de saúde bucal realizadas em 1988 e 1993, a população e os profissionais somente receberam uma resposta efetiva do setor público quando, em dezembro de 2000, o MS incluiu as equipes de Saúde Bucal (eSB) no PSF, reorganizando as ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2006).

Essa inclusão representou um grande avanço, principalmente porque foi uma demonstração prática de que a gestão em saúde finalmente traz a saúde bucal para junto da saúde do indivíduo, ou seja, tratou a saúde bucal como uma área de fato da saúde. (BRASIL, 2006).

Pires e Botazzo (2015) discorreram sobre a confusão histórica entre a odontologia e a saúde bucal, na qual a odontologia tem a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo, priorizando as doenças mais prevalentes que são a cárie e a doença periodontal. A saúde bucal não deve desconsiderar as demais doenças bucais ou mesmo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento.

A integralidade entre os profissionais das equipes que atuam na saúde é primordial para alcançar o desafio de mudar um modelo de atendimento centrado em partes do indivíduo e passar a cuidar do indivíduo inserido em um território. A partir da inclusão das eSB na ESF houve uma mudança no modelo de atendimento que antes era realizado de uma forma individualizada, como a rotina de um consultório particular. A partir dessa inclusão houve a necessidade dos profissionais das equipes se integrarem, para que o indivíduo fosse visto como um todo em seus aspectos epidemiológicos e também sociais (COLUSSI; CALVO, 2012).

A saúde bucal é um componente da saúde, portanto deve ser construída dentro da lógica de ser acessível a todos. Assim, em 2004, foram publicadas as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”, alicerçada pelos resultados do levantamento epidemiológico SB Brasil de 2003 e, finalmente, atrelada a um financiamento (BRASIL, 2004b).

A partir desse marco, foi possível ampliar de modo significativo as equipes na atenção primária (Figura 1) e, ainda, iniciar o processo de inclusão de serviços de

média complexidade, por meio da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visando a integralidade da atenção à saúde bucal, conforme preconizado em todos os discursos de construção do SUS (BRASIL, 2006).

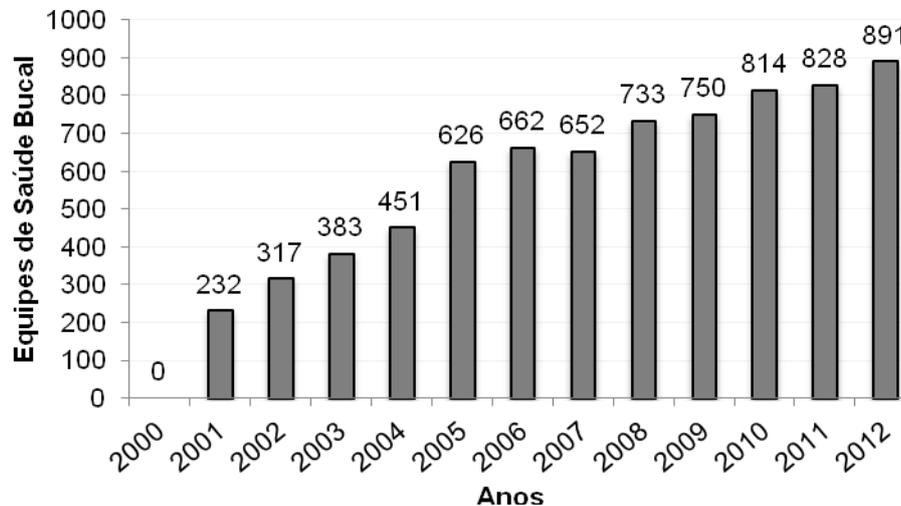


Figura 1 - Série histórica de Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família. Goiás, 2000-2012.

Fonte: MS/SAS/DAB.

As eSB na ESF puderam ser melhor avaliadas e de forma mais sistemática a partir de 2012, com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2012a).

Após um período de 12 anos da incorporação da saúde bucal na ESF, sete indicadores específicos de saúde bucal foram introduzidos pelo MS dentro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e mais recentemente no e-SUS AB. Essa foi uma ferramenta importante para a avaliação das equipes dentro de suas respectivas áreas de abrangência.

Os indicadores de saúde bucal do PMAQ-AB são divididos de acordo com sua função em análise de desempenho ou monitoramento, assim:

Indicadores do PMAQ-AB de análise de desempenho são quatro:

- 1) Média da Ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- 2) Cobertura da primeira consulta odontológica programática;
- 3) Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;
- 4) Razão entre tratamentos concluídos (TC) x primeiras consultas odontológicas programáticas.

Indicadores do PMAQ-AB de monitoramento são três:

- 1) Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;

- 2) Média de instalações de próteses dentárias;
- 3) Taxa de incidência de alteração da mucosa oral (BRASIL, 2012a).

Entre 2004 e 2010, houve um ganho significativo no acesso aos serviços públicos de saúde bucal no Brasil, o que pode ser comprovado pela real mudança nos indicadores epidemiológicos apontados pelo mais recente inquérito epidemiológico em saúde bucal, o SB Brasil 2010, o qual foi concluído em 2011, sete anos após o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2012b).

Com os resultados dessa pesquisa, o Brasil saiu de uma condição de médio grau de severidade de cárie em 2003 (CPO-D¹ 2,8 aos 12 anos) para uma condição de baixo grau de severidade de cárie em 2010 (CPO-D 2,1 aos 12 anos) (BRASIL, 2012b).

Esse fato expressa a significativa mudança ocorrida no período de 2004 a 2010, promovida pela criação de novas portas de acesso à assistência odontológica no Brasil (Figura 1). Os investimentos do Governo Federal para a redução da pobreza e das desigualdades regionais beneficiaram a área da saúde bucal, com aumento significativo do número de eSB na ESF, criação de 875 CEO, habilitação de 674 municípios com laboratórios de próteses dentárias, distribuição de 72 milhões de *kits* de escova e pasta dentária e a ampliação do acesso à água tratada e fluoretada (BRASIL, 2012b).

Na pesquisa SB Brasil 2010, ficou evidente as diferenças existentes entre as regiões brasileiras. Aos 12 anos o CPO-D quase dobra da região brasileira com menor índice de cárie para a região que apresentou o pior índice. Assim, Região Sudeste (1,7), Região Sul (2,0), Região Centro-Oeste (2,6), Região Nordeste (2,6) e Região Norte (3,1) (BRASIL, 2012b).

A construção de uma efetiva assistência odontológica no serviço público brasileiro é um grande desafio para todos os gestores, e mais ainda para aqueles responsáveis por áreas com baixo índice de desenvolvimento humano, precárias condições socioeconômicas, áreas de difícil acesso e com carência de profissionais de saúde.

Goiás é um estado com grande concentração populacional na região metropolitana

¹ O índice CPO-D é o mais conhecido índice para medir o número médio de dentes permanentes atacados por cárie, ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal. As letras de seu nome referem-se às iniciais: Cariados, Perdidos e Obturados, sendo a letra D referente a “dentes examinados”. Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais).

da capital e, como consequência, os serviços de saúde também estão, na sua maioria, localizados nessa região. O fato de que 80% dos municípios goianos possuem população abaixo de 20 mil habitantes dificulta a implantação de serviços de saúde de média e alta complexidade distribuídos uniformemente no estado. Dessa forma, ou a população fica desassistida ou precisa transpor grandes distâncias em busca de assistência de média complexidade, como é o caso dos tratamentos endodônticos, periodontais e cirurgias bucais pelo SUS.

Avaliar a atenção em saúde bucal em Goiás é o primeiro passo para o planejamento de ações que fortaleçam a integralidade da assistência, buscando alternativas para populações negligenciadas, enfim, conquistar o acesso de qualidade. Este estudo buscou descrever a organização da atenção básica em saúde bucal em Goiás em 2012.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a organização da atenção básica em saúde bucal, em Goiás, no ano 2012.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever aspectos da organização do trabalho das equipes básicas de saúde bucal;
- Descrever aspectos da coordenação do cuidado pela atenção básica para as especialidades odontológicas;
- Conhecer o tempo de espera para o atendimento das demandas que são referenciadas para as especialidades odontológicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A criação e consolidação do SUS garantiu, a milhões de brasileiros, acesso gratuito a diversos tipos de serviços de saúde, fato que antes da Constituição Federal de 1988 era privilégio de parcelas da população que estavam vinculadas ao mercado formal de trabalho. Ao longo dos mais de 20 anos de organização e estruturação do SUS inúmeros desafios foram superados e outros ainda permanecem (BRASIL, 2008).

Monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre como usar os impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos (MEDICI, 2012).

Segundo Fisher *et al.* (2010), na área de saúde bucal coletiva, vários estudos têm apontado a associação entre agravos bucais e condição social. Estudos em nível individual revelam que os fatores de risco sociais, tais como baixa escolaridade materna e baixa renda familiar são comuns à cárie dentária e a outras doenças e agravos infantis. Em estudos ecológicos esta relação também tem sido evidenciada, constatando-se que a experiência de agravos bucais é susceptível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a existência de iniquidades em saúde bucal. Essas iniquidades em saúde refletem-se, inclusive, no acesso e utilização dos serviços de saúde, observadas em estudos internacionais e nacionais.

Guerreiro; Branco (2011) concluem em seu estudo que por meio do Pacto pela Saúde foram instituídas as bases para a construção do diálogo entre as esferas de governo, vislumbrando-se a possibilidade de materialização de acordos voltados à repartição dos recursos e responsabilidades, mas principalmente para o estabelecimento da responsabilização solidária entre os gestores, necessária para assegurar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

A atenção em saúde bucal no Brasil vem sofrendo mudanças positivas e significativas a partir da instituição da PNSB-Brasil Sorridente (BRASIL, 2004b). Dentre os pressupostos que reorientam o novo modelo de atenção em saúde bucal está:

“Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território” (BRASIL, 2004b, p.4).

Dentre as ações propostas pela PNSB está a ampliação e qualificação da atenção básica, que deve assumir seu papel de coordenadora da atenção. A demanda de problemas da atenção primária é complexa, por isso deve-se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2010).

A PNSB recomenda a organização e desenvolvimento de ações de:

- 1) Prevenção e controle do câncer bucal, realizando rotineiramente exames preventivos para sua detecção precoce;
- 2) Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento;
- 3) Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; e
- 4) Inclusão da reabilitação protética na atenção básica, considerando de acordo com cada especificidade local a possibilidade de realizar procedimentos relacionados com a fase clínica da moldagem e instalação de próteses dentárias elementares.

Essa última ação buscou avançar na superação do quadro evidenciado no levantamento epidemiológico de 2003, na época a maior parte dos serviços de prótese dentária estavam inseridos nos serviços especializados e, portanto, não acessíveis à maioria da população. Essa ação viabilizou um suporte financeiro do MS para os municípios e estados com melhoria real do valor pago para as próteses dentárias, a criação do incentivo para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e ainda cursos técnicos para formação de técnicos em prótese dentária (BRASIL, 2015). Partindo-se do pressuposto de que aspectos tais como: avaliação, gestão dos serviços de saúde, planejamento e integralidade da assistência são decisivos para a construção da atenção em saúde bucal eficientes, estes foram os eixos teóricos do presente estudo.

Pinto (2013) em seu livro sobre Saúde Bucal Coletiva afirma que:

o acompanhamento e avaliação constituem fases essenciais do planejamento não só porque permite saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitarem a introdução de ajustes e correções de rumos em planos que sofreram acidentes de percurso (PINTO, 2013 p.24).

A Avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para Tanaka, o marco referencial teórico mais pragmático para a avaliação da

Atenção Básica de Saúde (ABS) é a concepção de Donabedian: estrutura, processo e resultado. Tanaka propõe que a avaliação seja sempre iniciada pelo processo, visto que se constitui

[...] no componente essencial em que a interação com o usuário concretiza a ação de saúde. A opção por esse componente se justifica pelo fato de que a interação com o usuário é o espaço em que o serviço de saúde levará em conta o contexto de vida dos usuários e suas particularidades. Os ajustes realizados no processo para garantir a acessibilidade potencializarão a ABS como porta de entrada do SUS (TANAKA, 2011, p. 931).

Para a avaliação da rede de serviços, Tanaka propõe o mesmo referencial de Donabedian de estrutura-processo-resultado. Onde a rede de atenção está ligada ao princípio da integralidade da atenção, enquanto que os serviços da ABS estão mais ligados ao princípio da universalidade (TANAKA, 2011).

Para Conill (2012), as dificuldades em incorporar os resultados da produção científica para que os sistemas e serviços de saúde sejam modificados e melhorem seu desempenho é uma inquietação de muitos estudiosos, porém mais ainda no campo da avaliação, visto que mudanças positivas são a própria essência do processo de avaliação. Contudo, existe um descompasso entre o que é produzido e o que é utilizado na gestão, citando os estudos que apontam que quando os processos decisórios em saúde são influenciados pelas políticas partidárias geram rotatividade de profissionais, descontinuidade de programações e desqualificação técnica da gestão, o que resulta em enormes barreiras ao desempenho do SUS.

Colussi; Calvo (2012) publicaram uma revisão de literatura sobre a avaliação da atenção odontológica em serviços de saúde no Brasil. Esse estudo cita Mário Chaves como um dos pioneiros em conceituar, classificar e propor aplicação da avaliação em saúde bucal no Brasil na década de 1980.

Depois de Mario Chaves, poucas foram as iniciativas nesse campo e ainda são escassos os estudos na literatura referentes à avaliação da atenção em saúde bucal. Uma prova disso foi a tímida participação de indicadores de saúde bucal no rol de indicadores do Pacto da Saúde do MS para o biênio de 2010-2011.

O objetivo do estudo de Colussi e Calvo (2012) foi identificar quais aspectos têm sido mais avaliados nos trabalhos publicados e a forma como esse processo foi conduzido para caracterizar a avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil. Um dos problemas apontados foi que existe uma diversidade de terminologia quando se usa a palavra "avaliação", pois essa palavra é usada em diferentes contextos e

situações, sendo que esse fato não é inerente aos estudos de avaliação em saúde bucal.

Destaque deve ser dado a um apontamento de Colussi e Calvo (2012) de que:

Quando o objeto de avaliação dos estudos esteve relacionado com algum aspecto da Estratégia Saúde da Família, os resultados predominantemente apontaram problemas, mesmo quando essa avaliação foi realizada com enfoque nos usuários. Os municípios avaliados, em sua maioria, apresentam dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia Saúde da Família, sendo que seus princípios ficam perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população (COLUSSI; CALVO, 2012, p.98).

Observou-se ainda que quando são as próprias equipes que avaliam o seu desempenho, elas o fazem sobre quantidades e tipos de procedimentos que realizam, ou seja, não há uma preocupação crítica sobre a necessidade de manutenção de serviços ou mesmo reorientação de suas práticas.

Para que ocorra a institucionalização da avaliação que seria a incorporação à rotina dos serviços, como subsidiária ou intrínseca ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas e aos processos decisórios, é necessário que os sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços) sejam coautores na construção dos instrumentos de avaliação. Para tanto são necessárias parcerias institucionais, entre instituições da administração pública e centros de ensino e pesquisa, o que enriqueceria a dinâmica dos processos avaliativos (COLUSSI; CALVO, 2012, p.99).

Finalmente, Calvo apontou que existe um enfoque excessivo nas pesquisas analisadas sobre a perspectiva dos usuários em detrimento de aspectos relativos a gestão dos serviços para identificação de fragilidades e fortalezas com objetivo de melhoria da qualidade dos mesmos (COLUSSI; CALVO, 2012).

Segundo Pimentel (2012) *et al.* a inserção da saúde bucal no PSF possibilitou uma mudança de paradigma de planejamento e programação da atenção básica, reorganizando a atenção em saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Desde então, o número de eSB vem crescendo em todo o Brasil. O trabalho em equipe é um dos aspectos para a consolidação desse novo modelo de atenção, diferente do antigo modelo, onde os profissionais trabalhavam isolados dentro de seus consultórios e atendendo as necessidades específicas de cada indivíduo sem um olhar para os aspectos comuns daquela comunidade (PIMENTEL *et al.*, 2012).

Pezzato; L'abbate; Botazzo (2013), refletiram sobre os efeitos e os sentidos

provocados por uma proposta onde um grupo de profissionais de saúde bucal, que atuavam na atenção primária, procuraram repensar suas práticas cotidianas e seus modos de produzir o cuidado, direcionando a reflexão para a real necessidade do sujeito que utiliza o serviço.

Os modelos de atenção em saúde bucal presentes nos serviços públicos são marcados pela iniquidade de acesso e orientados por uma racionalidade instrumental em que a prática liberal dos consultórios privados simplesmente é transferida para a esfera pública, de forma mecânica e acrítica. Essas condições imprimem suas marcas na produção do cuidado em saúde bucal no cotidiano dos serviços. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas em nosso país, ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida (PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013, p.2087).

Para Pereira *et al.* (2012) , a investigação em serviços de saúde assume especial relevância, pois um dos seus objetivos é orientar o desenho de políticas e a melhoria do seu desempenho.

Uma gestão eficiente e responsável dos seus recursos consegue dar respostas às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012, p.822).

Na área da gestão da saúde bucal, o MS, por meio da PNSB, vem ampliando o acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária, aumentando as eSB na ESF, doando e custeando Unidades Odontológicas Móveis (UOM).

Na atenção secundária, foi ampliado o número de municípios com incentivo financeiro para as próteses dentárias (LRPD) e a implantação de CEO.

Na atenção terciária, algumas mudanças no formato das informações prestadas ao sistema de informação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) permitiu ao cirurgião-dentista solicitar a internação para intervenções odontológicas, sob anestesia geral, aos pacientes com necessidades especiais. Antes a internação só era autorizada para procedimentos cirúrgicos.

Houve ainda a doação de equipamentos odontológicos para os centros cirúrgicos dos

hospitais que prestam esse atendimento na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) (BRASIL, 2015).

Baldani *et al.* (2005), estudaram as eSB do PSF em municípios do estado do Paraná, onde o nó crítico do encaminhamento dos casos complexos pode ser constatado, ou seja, essa dificuldade no encaminhamento de casos complexos pode ser pela falta de pontos de atenção ou por desinformação dos próprios profissionais que trabalham na rede.

Pereira *et al.* (2012) investigaram se houve impacto sobre os indicadores de saúde bucal a incorporação da equipe de saúde bucal na ESF e concluíram que, de acordo com os resultados encontrados, a incorporação dessa ação pública poderia estar produzindo resultados melhores, tendo em vista o investimento e a proposta de inversão de modelo. Acrescentaram ainda que o modo como as estratégias são estabelecidas em cada local é fator determinante para ocorrência ou não de impacto sobre os indicadores. Reforçando a ideia de que a gestão dos serviços de saúde é o determinante para uma política de saúde ser considerada eficaz.

Segundo Pinto e Gerhardt (2013, p.306):

[...] desde a instituição do SUS, muitos estudos voltaram-se para discutir e desenvolver métodos de trabalho na gestão e planejamento dos serviços e sistemas de saúde. Havia, e ainda há, uma necessidade de incluir esses métodos no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde e a capacidade reflexiva que eles exigem.

Conforme determina a Constituição, o SUS deve se organizar por meio de redes, porém a regionalização ainda tem muitos desafios para se consolidar no Brasil (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

No Brasil, devido as desigualdades sociais e diversidades territoriais, a regionalização é um fenômeno complexo. Agravado pelas transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e a multiplicidade de agentes envolvidos no financiamento, na gestão, na provisão de insumos e na prestação de ações e serviços, sendo que esses agentes podem ser governamentais ou não, público e privado (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

Segundo Manfredini (2010), a construção das políticas públicas de saúde bucal possui uma extrema dependência do institucional, isso acarreta a destruição de programas que estão obtendo sucesso quando ocorrem mudanças de ordem política no município ou estado. Esse cenário poderia ser diferente se houvesse uma melhor participação social ou algum tipo de movimento externo ao aparelho do estado que

sustentasse uma pressão vinda da sociedade para uma melhor saúde bucal, como ocorre em outros programas.

O planejamento é um instrumento importante do processo de gestão das organizações públicas, definido como um processo formalizado para gerar resultados a partir de um sistema integrado de decisões (WEINGARTNER; PEREIRA; BERNARDINI, 2012).

O conceito de planejamento em saúde na atualidade tem suas raízes teóricas centradas na figura de Carlos Matus Romo, chileno, organizador do pensamento acerca do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e também de Mario Testa, italiano naturalizado argentino (ARTMANN, 2000).

O PES foi idealizado por Matus a partir de sua experiência como ministro da economia do governo de Salvador Allende no Chile no período de 1970 a 1973. O fracasso do governo de Allende e o conseqüente golpe militar sofrido no Chile, levaram Matus à prisão e ao exílio. Durante o exílio Matus idealizou o método impulsionado pelos questionamentos sobre “como um governo com tão boas intenções pode acabar fracassado?” (ARTMANN, 2000).

O método do PES vem sendo utilizado e adaptado para diferentes áreas de atuação, como: saúde, educação, cultura. O cerne do método é a constatação de que nenhum ator envolvido no processo do planejamento detém total controle sobre todas as variáveis existentes (ARTMANN, 2000).

O PES é formado por quatro momentos: o momento explicativo, o normativo prescritivo, o estratégico e o tático operacional. O primeiro momento do PES é explicar a realidade, o segundo momento é conceber um plano de ação, o terceiro momento é a estratégia, o quarto momento monitora, controla e, se necessário, corrige a ação. Portanto, para Matus, o sucesso de uma ação torna viável a ação seguinte, e assim sucessivamente até atingir o objetivo. No caso de uma ação fracassar, o ator pode mudar para uma trajetória mais adequada para atingir seus objetivos (FIGUEIREDO FILHO; MÜLLER, 2002).

O planejamento em saúde é também um diferencial importante no modelo de atendimento da estratégia saúde da família, onde a atenção em saúde bucal deve ser planejada por meio de ferramentas do planejamento estratégico, utilizando critérios de priorização de casos para organizar o atendimento (PIMENTEL et al., 2012).

Segundo Paim (2006), existem justificativas político-institucionais e éticas para o uso

do planejamento enquanto ação social. Exemplifica citando trechos do Plano Estadual de Saúde da Bahia de 1987, o qual descreve que, nas instituições de saúde, a quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas não podem correr o risco do imprevisto, pois envolvem a vida de milhões de pessoas e podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento pode ser considerado uma ferramenta de administração. Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação. O planejamento corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê, esta é sua interface com a política de saúde (PAIM, 2006).

Por definição, integralidade é considerado um princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações (SPINK, 2007).

A integralidade é um dos princípios do SUS, junto com a universalidade e equidade. Segundo o conceito legal, integralidade é o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidade (SPINK, 2007).

A integralidade da atenção é um dos pilares da construção do Sistema Único de Saúde, integrar os serviços por meio de redes de assistência é um desafio que deve reconhecer a interdependência dos atores e organizações, diante do fato de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 5331).

As Diretrizes da PNSB buscam o acesso universal e a integralidade da atenção em saúde bucal.

A coordenação entre atenção primária e secundária, vem recebendo ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde. Formas inovadoras de interface com a atenção secundária são demonstradas como: consultoria, definição comum de protocolos e até mesmo o desenvolvimento de programas de atendimento

compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica (CHAVES et al., 2010).

Chaves *et al.* (2010) estudaram os fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em CEOs da Bahia, segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal. O estudo confirmou que o principal fator para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal é a maior cobertura da atenção primária no território onde se localiza o serviço especializado. Outro fator de relevância é a forma de organização do sistema de saúde municipal, apontando melhores resultados nos locais onde está inserida a ESF.

A inserção do procedimento de instalação e ajuste das próteses dentárias na Atenção Primária pela Portaria Nº 566 de 06 de outubro de 2004, foi um marco para a inserção de procedimentos mais complexos na atenção primária. Por meio dessa medida, o acesso às próteses dentárias pôde ser ampliado, sendo permitido que os cirurgiões-dentistas, tanto da estratégia saúde da família como do modelo tradicional da atenção primária, realizassem moldagem, adaptação e acompanhamento das próteses dentárias confeccionadas em laboratórios próprios da rede pública ou mesmo laboratórios particulares conveniados ao SUS (BRASIL, 2004a).

Ao lidar com o desafio da integralidade da assistência à saúde no SUS esbarra-se em um outro aspecto que é a integração de profissionais, equipes e saberes diversos.

Segundo Severo e Seminotti (2010), a prática segmentada dos processos de trabalho interprofissionais das equipes entra em conflito com a possibilidade da integralidade, que afinal é um dos princípios do SUS. Ressaltam que:

A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Esta prática gera no trabalhador e, conseqüentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e sujeitos (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p.1687).

Uma revisão sobre integralidade e saúde bucal foi realizada para verificar como esse conteúdo tem sido abordado e contribuir para uma melhor compreensão do tema. Assim, eles separaram os documentos estudados em três categorias de acordo com o sentido da palavra "integralidade": prática profissional, organização dos serviços e políticas públicas. Em suas conclusões, observaram que existem poucos trabalhos e esta é uma lacuna a ser preenchida. Sugere ainda que estudos sejam conduzidos

para analisar o papel da gestão nesse contexto, visto que é inegável a importância das instâncias decisórias de poder na definição de políticas que construam a integralidade no cotidiano dos serviços de saúde bucal, ou mesmo enfraqueçam a construção da integralidade (SANCHEZ et al., 2015).

A integralidade envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar respostas a demandas e necessidades, portanto para que a integralidade se torne possível (na maioria dos serviços de saúde, tanto os públicos como os privados) as posturas teriam de ser resignificadas para que possam entrar plenamente na era da integralidade na atenção à saúde (SPINK, 2007).

4 METODOLOGIA

O PMAQ-AB é uma pesquisa sobre atenção básica articulada entre o MS e pesquisadores de Universidades Federais de todas as regiões do Brasil. As Universidades Federais foram responsáveis pela coleta de dados. A pesquisa foi de grande magnitude, pois abrangeu todo o território brasileiro.

Para a realização do inquérito PMAQ-AB foi utilizado um instrumento organizado em 3 módulos: Módulo I – Observação na unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos da unidade; Módulo III – Entrevista na unidade de saúde com o usuário (Anexo I).

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo que avaliou os resultados do PMAQ-AB, em Goiás, em 2012.

4.2 Fonte de dados

Foram utilizados dados secundários extraídos do banco do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 1º ciclo, coletados em Goiás, entre setembro e outubro de 2012, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq/Modulo_II_EQUIPE/BD_EQUIPE_52_GO.xlsx, acessado em 06 de agosto de 2015.

4.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídas todas as eSB da ESF implantadas em Goiás, em agosto de 2012 (n=877). Do total, foram excluídas da amostra 336 eSB que não aderiram ao PMAQ-AB, totalizando 519 eSB da ESF visitadas. Também foram incluídas 22 eSB parametrizadas que aderiram ao PMAQ-AB. Uma eSB que aderiu ao PMAQ-AB, mas não respondeu o questionário, foi excluída da análise. Portanto, a amostra foi constituída por 540 eSB que aderiram e responderam ao PMAQ-AB, localizadas em 174 municípios e distribuídas nas 17 RS existentes no período do estudo (Figura 2).

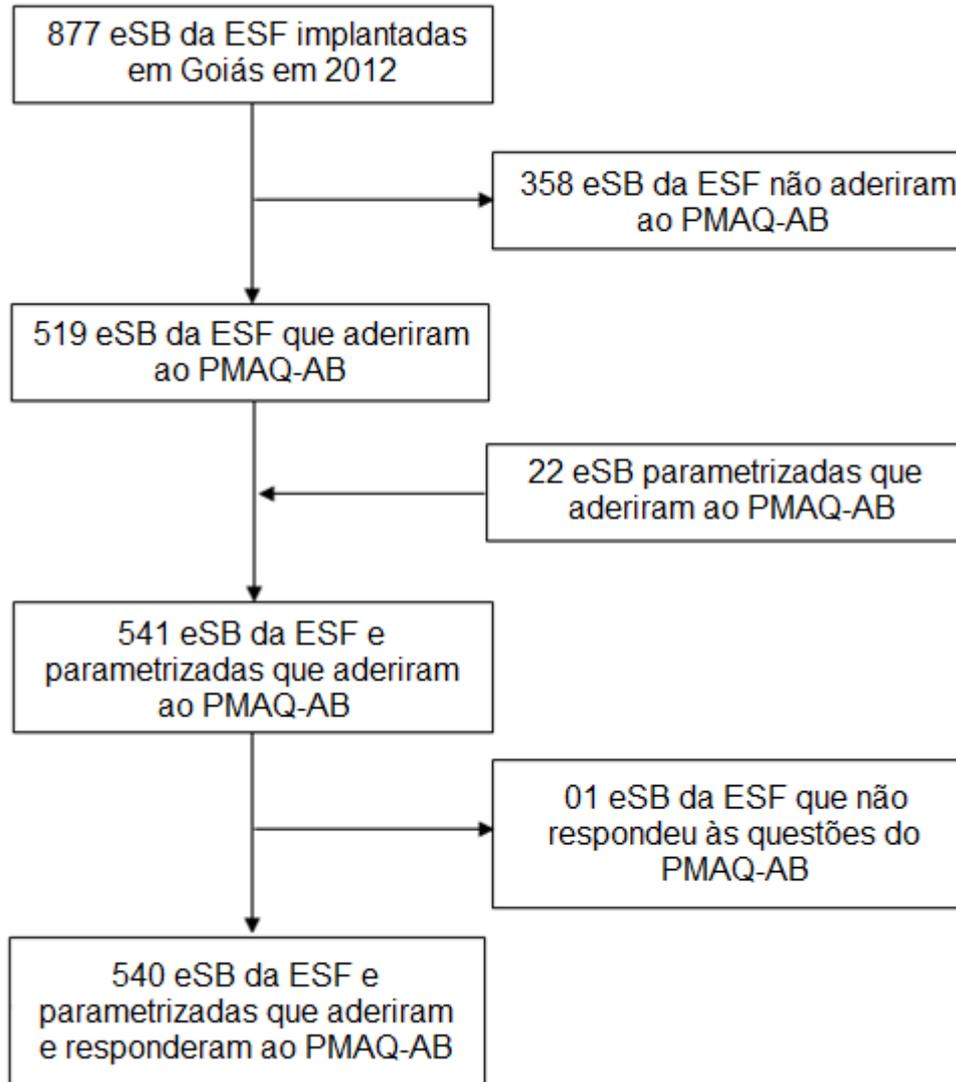


Figura 2 – Fluxograma de amostragem das equipes de saúde bucal (eSB) da Estratégia de Saúde da Família e eSB parametrizadas. Goiás, 2012

4.4 Variáveis de interesse

As variáveis de interesse selecionadas para a pesquisa foram agrupadas em dois eixos: o primeiro eixo se refere à organização e processo de trabalho das eSB da atenção primária e o segundo se refere à integralidade da atenção em saúde bucal. A análise desses dois eixos possibilitou verificar como está a construção da rede de atenção em saúde bucal no estado de Goiás, desde a atenção básica até as especialidades odontológicas.

Dentre as variáveis existentes no instrumento citado, selecionou-se para análise as seguintes (Anexos II), conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas do instrumento de dados do PMAQ-AB

Módulo	Blocos	Eixos	Variáveis
Módulo II	36. Atenção à saúde bucal	Primeiro	Como são agendas as consultas em saúde bucal; Procedimentos da atenção básica que a equipe realiza; Acolhimento à demanda espontânea; Protocolo de acolhimento; Garantia de agenda;
	37. Saúde Bucal: referência para especialidades odontológicas	Segundo	Existência de Centro de Especialidades Odontológicas de referência; Existência de protocolos de fluxos; Tempo de espera para o atendimento nas especialidades odontológicas.

Fonte: MS/SAS/DAB, PMAQ-AB 1º Ciclo, 2012.

4.5 Análise dos dados

A população do estado de Goiás no ano de 2012 era de 6.080.716 pessoas, o teto de eSB na atenção básica era de 2.529 equipes, ou seja, esse era o quantitativo ideal de eSB para que toda a população de Goiás pertencesse a um território definido de assistência à saúde, no qual uma equipe seria responsável em média por 2.400 pessoas.

Porém, o cenário real em agosto de 2012, segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, era de que apenas 877 eSB estavam implantadas em Goiás e recebendo seus incentivos federais.

O PMAQ-AB 1º ciclo entrevistou 677 equipes em Goiás, dessas 541 contavam com a equipe de saúde bucal, sendo 519 equipes da ESF e 22 equipes básicas de saúde bucal, denominadas no PMAQ-AB de equipes parametrizadas.

Pode-se destacar com essas informações que por volta de 60% das eSB da ESF de Goiás participaram do 1º ciclo do PMAQ-AB.

Para descrição geral da atenção em saúde bucal em Goiás, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas a partir instrumento do PMAQ-AB. Para as análises, foram utilizados os programas Excel® 2010 e IBM® SPSS® *Statistics* versão 21.

Primeiramente foram consolidados os dados do estado de Goiás para análise do primeiro eixo, e posteriormente para o segundo eixo foram feitas análises por RS. Essa organização foi orientada de forma didática devido ao fato de que, conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), as Regiões de Saúde (RS) devem ser resolutivas no atendimento das demandas de atenção básica e média complexidade, sendo que a atenção básica deve ser a ordenadora e

coordenadora do cuidado.

Na Figura 3 é apresentado o mapa do estado de Goiás e suas RS, conforme configuração existente no ano de 2012.

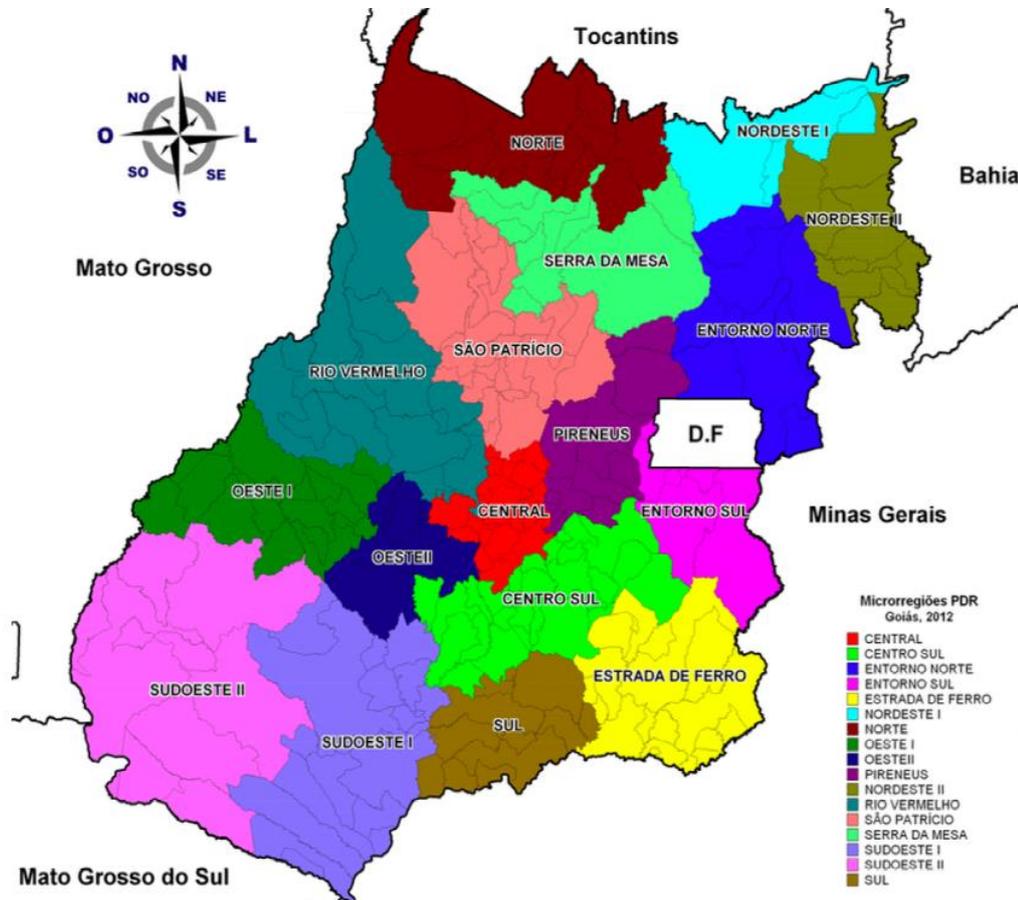


Figura 3 – Mapa do estado de Goiás e suas Regiões de Saúde, em 2012.
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – Goiás.

Durante a análise dos dados considerou-se a pesquisa: “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” coordenada pela Prof.^a Dr.^a Ana Luiza d’Ávila Viana, que possibilitou a distribuição das RS de Goiás de acordo com a tipologia identificada em sua pesquisa, conforme consta no site: www.resbr.net.br (FAGNANI; LEVCOVITZ; FACHINNI, 2016).

A distribuição das RS de acordo com cinco grupos socioeconômicos foi assim descrita:

Grupo 1: Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 2: Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 3: Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços

Grupo 4: Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 5: Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

Sendo assim, as RS foram distribuídas nos seguintes grupos socioeconômicos (Quadro 2 e Figura 4):

Quadro 2 - Grupos socioeconômicos das Regiões de Saúde de Goiás, em 2014

Grupo 1	Região Nordeste I e Nordeste II
Grupo 2	Região Norte, Serra da Mesa, São Patrício II*, Entorno Norte, Entorno Sul, Rio Vermelho e Oeste II
Grupo 3	Região São Patrício I*, Oeste I, Pireneus, Centro Sul, Sudoeste I, Sudoeste II e Sul
Grupo 4	Região Estrada de Ferro
Grupo 5	Região Central

*A RS São Patrício foi desmembrada em I e II no ano de 2014.

Fonte: Região e Redes, disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=52&indicador=grupo_socio.

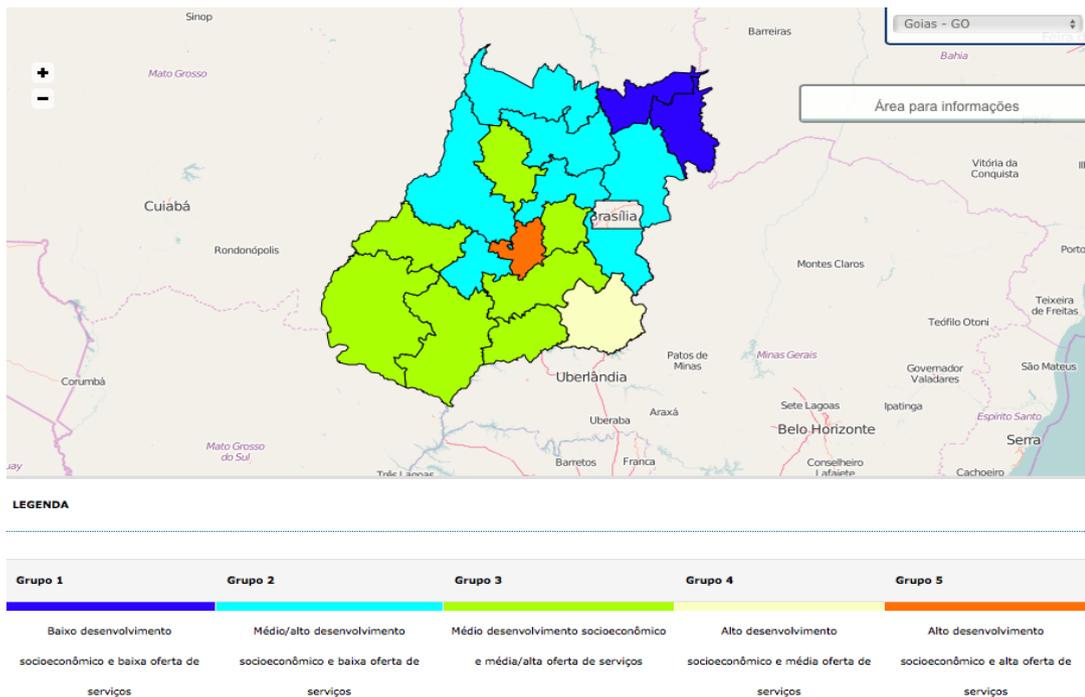


Figura 4 - Tipologia das Regiões de Saúde de Goiás, em 2014

Fonte: Região e Redes, disponível em:

http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=52&indicador=grupo_socio_

Diante dessa tipologia das RS (Figura 4) é possível entender que as RS Nordeste I e Nordeste II são as mais carentes regiões de Goiás, fazendo parte do Grupo 1 (baixo desenvolvimento e baixa oferta de serviços). Coincidentemente, são as únicas regiões de Goiás que não possuem nenhum CEO e apenas um LRPD na RS Nordeste II.

O Grupo 2 é composto por sete RS que, da mesma forma que o Grupo 1, possui uma baixa oferta de serviços de saúde, apesar de tratar-se de regiões com desenvolvimento socioeconômico melhor.

Apenas a RS Central é considerada uma região com alta oferta de serviços de saúde e alto desenvolvimento socioeconômico, sem dúvida devido à presença da capital do estado na região (Goiânia), visto que dos 26 municípios que compõem a RS Central, 18 deles tem menos de dez mil habitantes, 6 municípios entre 10 mil e 50 mil habitantes e apenas Trindade possui população acima de 100 mil habitantes, portanto grande parte da demanda por serviços especializados converge para a capital. Pode-se observar pelo Anexo III a distribuição dos municípios por região de saúde.

Para comparação dos dados foi elaborada uma tabela consolidando os pontos de atenção em saúde bucal existentes em Goiás, em 2012, por RS (Tabela 1).

4.6 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho está dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela utilização de dados secundários e de acesso aberto ao público.

Tabela 1 - Panorama da atenção em saúde bucal. Goiás, 2012

Regiões de Saúde	Nº de municípios	População	Teto de equipes	Total eSB implantadas	Total eSB entrevistadas no PMAQ-AB	nº municípios com UOM	nº municípios com CEO	nº municípios com LRPD
Macro Centro Oeste	72	2.076.170	863	276	218	2	4	11
Região de Saúde Central	26	1.663.328	691	162	129	-	1	5
Região Rio Vermelho	17	192.158	79	46	33	1	1	1
Região Oeste I	16	113.787	47	36	26	1	1	2
Região Oeste II	13	106.897	46	32	30	-	1	3
Macro Centro Norte	60	1.031.848	431	206	98	6	7	12
Região de Saúde Norte	13	136.840	58	27	23	3	2	2
Região de Saúde Serra da Mesa	9	120.065	49	34	13	2	2	2
Região de Saúde Pireneus	12	487.796	203	74	38	1	1	3
Região de Saúde São Patrício	26	287.147	121	71	24	-	2	5
Macro Centro Nordeste	31	1.111.431	461	116	69	4	6	6
Região de Saúde Entorno Norte	8	231.257	95	43	23	1	2	2
Região de Saúde Entorno Sul	7	741.871	310	42	29	-	4	3
Região de Saúde Nordeste I	5	43.717	18	11	4	2	-	-
Região de Saúde Nordeste II	11	94.586	38	20	13	1	-	1
Macro Sudoeste	28	586.302	245	75	48	-	5	6
Região de Saúde Sudoeste I	18	386.050	161	45	27	-	3	2
Região de Saúde Sudoeste II	10	200.252	84	30	21	-	2	4
Macro Centro Sudeste	55	1.274.965	529	190	110	-	7	9
Região de Saúde Centro Sul	25	779.251	324	108	67	-	4	4
Região de Saúde Estrada de Ferro	18	264.553	109	35	27	-	1	2
Região de Saúde Sul	12	231.161	96	47	16	-	2	3
Goiás	246	6.080.716	2529	877	541	12	29	44

Fonte: MS/SAS/DAB, PMAQ-AB 1º Ciclo e IBGE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeiro eixo: organização do trabalho das equipes de saúde bucal

Analisando os dados referentes a forma de agendamento, que define aspectos do acesso da população ao serviço básico odontológico, das 540 eSB participantes da pesquisa o maior percentual (42,0%) realiza agendamento da população em qualquer dia e horário, resultado um pouco abaixo do que foi publicado por Casotti *et al.* (2014) referente amostra nacional do PMAQ-AB (50,3%), e semelhante ao dado apresentado para o Centro-Oeste (41,1%), contudo a segunda opção mais frequente “outros” (29,6%), onde o agendamento é realizado em intervalos maiores que uma semana, ocorre de forma similar no Brasil, no Centro-Oeste e em Goiás (Tabela 2).

Tabela 2 - Agendamento de consultas em saúde bucal. Goiás, 2012.

Como são agendadas as consultas em saúde bucal	n (%)
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	229 (42,4)
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos	59 (10,9)
Dias específicos fixos em até três dias da semana	76 (14,1)
Dias específicos fixos em mais de três dias da semana	16 (3,0)
Outros	160 (29,6)
Total	540 (100,0)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

No estudo de Vidigal (2015), foi utilizado o mesmo banco de dados do PMAQ-AB, porém com o recorte das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os resultados encontrados foram semelhantes quanto a existência de um percentual de equipes que atuam permitindo o acesso da população ao serviço de saúde bucal em qualquer dia e horário (34%), seguida de “outros” (23,9%). Nesse primeiro estudo as UBS foram agrupadas de acordo com o porte populacional dos municípios aos quais pertenciam, desse modo o autor constata também que nos municípios abaixo de 5.000 habitantes o acesso é melhor, 55,8% das UBS fazem o agendamento em qualquer dia e horário, situação diferente da capital (Goiânia), onde apenas 11,2% das UBS fazem o agendamento do usuário em qualquer dia e horário. Assim, o acesso aos serviços de saúde bucal em municípios de pequeno porte são mais adequados que na capital do estado.

Nas Diretrizes da PNSB estão especificados itens sobre o processo de trabalho das eSB na atenção básica, dentre eles está a ampliação e qualificação da assistência,

que seria organizar o processo de trabalho de forma a garantir a inclusão de procedimentos mais complexos e conclusivos na atenção básica, como pulpotomias ou moldagem e adaptação de próteses dentárias, resolvendo assim a necessidade que motivou o usuário a procurar pela assistência odontológica, evitando o agravamento do quadro, evitando perdas dentárias e outras sequelas (BRASIL, 2004b).

A análise dos procedimentos realizados mostrou que as equipes entrevistadas realizam satisfatoriamente os procedimentos básicos, sendo que mais de 80% delas realizam todos procedimentos analisados, conforme descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Procedimentos básicos de saúde bucal realizados na rede pública. Goiás, 2012.

Procedimentos básicos de saúde bucal* (n=540)	Sim (%)	Não (%)
Aplicação de selante	450 (83,3)	90 (16,7)
Aplicação tópica de flúor	521 (96,5)	19 (3,5)
Restauração de amálgama	470 (87,0)	70 (13,0)
Restauração de resina composta	496 (91,9)	44 (8,1)
Exodontia	465 (86,1)	75 (13,9)
Selamento provisório de cavidade dentária	469 (86,9)	71 (13,1)
Curativo de demora (saneamento dentário)	500 (92,6)	40 (7,4)
Drenagem de abscesso dentoalveolar	441 (81,7)	99 (18,3)
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais	463 (85,7)	77 (14,3)

Obs.: Admite mais de uma categoria como resposta.

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

A Tabela 3 trata dos procedimentos básicos odontológicos que necessariamente precisam ser realizados para que uma equipe seja considerada resolutive para a população de sua área de abrangência. Tratam-se de procedimentos de baixo custo e baixa complexidade. O instrumento não permite verificar por quais os motivos algumas equipes não realizam alguns procedimentos básicos, sendo necessários outros estudos para verificar essa questão.

Quanto as demandas espontâneas da população, 96,6% das equipes afirmam que existe acolhimento a essa demanda. Comparando com o estudo de Casotti (2014), o estado de Goiás apresentou resultados acima dos valores para o Brasil (85,1%) e para o Centro-Oeste (75,7%), ou seja, perto de 100% das eSB entrevistadas afirmaram que existe acolhimento a demanda espontânea específica para saúde bucal. Porém, quando foram questionadas sobre a utilização de um protocolo de acolhimento das demandas espontâneas apenas 46,1% das eSB de Goiás

afirmaram que sim, e destas, 60,2% apresentaram documento que comprovasse a utilização do protocolo, conforme Casotti *et al.* (2014) afirmaram em seu trabalho, quando mais da metade das equipes não possuem um protocolo isso indica uma fragilidade na prática cotidiana dos serviços (Tabela 4).

Tabela 4 – Organização dos serviços de saúde bucal na rede pública. Goiás, 2012.

Organização dos serviços de saúde bucal	Sim (%)	Não (%)
Existe acolhimento à demanda espontânea específica para a saúde bucal (n=440)	425 (96,6)	15 (3,4)
A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea (n=540)	249 (46,1)	291 (53,9)
Existe documento que comprove (n=249)	150 (60,2)	99 (39,8)
A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento (n=540)	489 (90,6)	51 (9,4)
Existe documento que comprove (n=489)	416 (85,1)	73 (14,9)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

Na variável sobre se a eSB garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou o tratamento, 90,6% das eSB afirmaram que sim e 85,1% delas comprovaram por meio de documento. Situação semelhante é encontrada por Casotti *et al.* (2014), no Brasil 85,8% das equipes garantem agenda para os usuários e no Centro-Oeste esse percentual ficou em 88,1%.

Segundo Casotti *et al.* (2014), deve-se ter precaução quando a equipe garante o agendamento, porém com intervalos longos, pois essa situação pode aumentar o absenteísmo, causando uma descontinuidade do cuidado.

5.2 Segundo eixo: integralidade

Na análise sobre a integralidade na atenção em saúde bucal, os dados para o estado de Goiás demonstram que 54,3% das equipes entrevistadas responderam que existe um CEO de referência para o encaminhamento da população que necessita desse atendimento. Isso implica que praticamente para metade das equipes entrevistadas, sua respectiva população não recebe uma assistência integral em saúde bucal, ainda que essas equipes possam ser consideradas equipes diferenciadas, inclusive pelo fato de, voluntariamente, estarem participando do PMAQ-AB, um programa que avalia e incentiva a melhoria da qualidade de atendimento das equipes.

Considerando que a inclusão dos serviços de especialidades odontológicas é recente no Brasil, pode-se pensar que essa seria uma porcentagem razoável de acesso para média complexidade odontológica. Contudo, duas RS de Goiás estão completamente desassistidas do atendimento à média complexidade odontológica, sendo que Nordeste I e Nordeste II são as RS mais distantes da região metropolitana do estado e também, segundo a tipologia das RS do Brasil, as de mais baixo desenvolvimento econômico em Goiás.

Após realizada a análise por RS do estado (Tabela 5), constata-se aspectos importantes que possibilitou traçar um retrato mais preciso da atenção em saúde bucal de Goiás. De acordo com o Decreto Nº 7.508 (BRASIL, 2011a), a RS deve ser suficientemente capaz de resolver as demandas do seu território em média complexidade. Os dados mostram que as RS de Goiás não atingem esse objetivo, talvez pela falta de pontos de atenção suficientes.

Ainda na Tabela 5, analisando as informações por Região de Saúde, foram descritos os percentuais de eSB que afirmaram ter um CEO de referência para encaminhamento dos casos que necessitam de atendimento nas especialidades odontológicas. Os maiores percentuais de equipes que afirmam ter um CEO de referência estão nas RS Entorno Sul (96,6%), Serra da Mesa (92,3%) e Sudoeste II (81%).

Nenhuma equipe das RS Nordeste I e Nordeste II possuem CEO de referência. Na RS Rio Vermelho, 90,9% das eSB afirmaram não terem um CEO para referência, o mesmo ocorreu na RS Estrada de Ferro em que 85,2% das equipes não tem para onde encaminhar os pacientes que necessitam de atendimento nas especialidades odontológicas (Tabela 5).

Tabela 5 - Existência de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência para equipe de saúde bucal, por Região de Saúde. Goiás, 2012

Regional de Saúde	Total	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência para a equipe	
		Sim (%)	Não (%)
Central	129 (23,9)	84 (65,1)	45 (34,9)
Centro Sul	64 (11,9)	32 (50,0)	32 (50,0)
Entorno Norte	24 (4,4)	15 (62,5)	9 (37,5)
Entorno Sul	29 (5,4)	28 (96,6)	1 (3,4)
Estrada de Ferro	27 (5,0)	4 (14,8)	23 (85,2)
Nordeste I	4 (0,7)	-	4 (100,0)
Nordeste II	12 (2,2)	-	12 (100,0)
Norte	23 (4,3)	10 (43,5)	13 (56,5)
Oeste I	26 (4,8)	12 (46,2)	14 (53,8)
Oeste II	30 (5,6)	13 (43,3)	17 (56,7)
Pireneus	38 (7,0)	24 (63,2)	14 (36,8)
Rio Vermelho	33 (6,1)	3 (9,1)	30 (90,9)
São Patrício	20 (3,7)	15 (75,0)	5 (25,0)
Serra da Mesa	13 (2,4)	12 (92,3)	1 (7,7)
Sudoeste I	27 (5,0)	12 (44,4)	15 (55,6)
Sudoeste II	21 (3,9)	17(81,0)	4 (19,0)
Sul	16 (3,0)	12 (75,0)	4 (25,0)
Total	540 (100,0)	293 (54,3)	247 (45,7)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

Os serviços de saúde da média e alta complexidade devem ser ofertados de forma concentrada, pois se beneficiam de economias de escala e de escopo. A busca de escala implica em regionalização, com a concentração de alguns serviços de saúde mais onerosos em apenas alguns municípios da região. Quando houver conflito entre escala, escopo e acesso, como nas regiões de Goiás com baixa densidade demográfica, deve-se prevalecer o critério do acesso, ou seja, deve-se dar acesso a população mesmo quando isso refletir em maiores gastos financeiros.

Dessa forma em algumas RS que estão definidas por populações pequenas, certos serviços operarão em deseconomias de escala e de escopo porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos (PESTANA; MENDES, 2004).

De acordo com os dados da Tabela 6, o uso pelas equipes da atenção básica de

protocolos de definição de fluxos para encaminhamentos para os serviços odontológicos em Goiás, é semelhante aos dados encontrados para o Brasil e Centro-Oeste no estudo de Casotti *et al.* (2014).

Observou-se que 36,7% das eSB relataram a existência de protocolo de fluxo para solicitação de próteses dentárias a partir da atenção básica. 52,4% das equipes relataram existência de protocolo de fluxo para encaminhamento dos usuários ao CEO ou a outro serviço de atendimento às especialidades odontológicas. Valor semelhante (51,1%) foram as equipes que informaram existência de protocolos para atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais (Tabela 6).

Tabela 6 - Existência de protocolos de fluxo para alguns serviços odontológicos. Goiás, 2012

Protocolo de definição de fluxo* (n=540)	Sim (%)	Não (%)
Para solicitação de próteses	198 (36,7)	342 (63,3)
Para referência e contrarreferência para CEO ou similar	283 (52,4)	257 (47,6)
Para atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais	276 (51,1)	264 (48,9)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

No estudo de Garnello *et al.* (2014), realizado a partir de dados do PMAQ-AB 1º ciclo e utilizando recorte do estado do Amazonas, comparou-se o percentual de equipes que referem o uso de protocolos para o acompanhamento de usuários em condições crônicas, concluindo que o uso de protocolos terapêuticos para os agravos analisados é baixo em todas as equipes avaliadas, sendo que em todos os agravos tiveram acima de 50% das equipes fazendo uso de protocolos. Para o Brasil, este percentual foi em torno de 70%.

Ao distribuir os dados por RS é possível perceber características regionais que possibilitam propostas de planejamentos diferenciados para cada uma das RS.

Quanto à existência de protocolo de fluxo para encaminhamento de pessoas portadoras de necessidades especiais, a RS Oeste II foi a que apresentou o menor percentual de equipes com esse protocolo. Destaque é demonstrado pela RS Serra da Mesa onde todas as equipes entrevistadas responderam positivamente a existência de protocolo para o encaminhamento de pessoas portadoras de necessidades especiais (Tabela 7).

Tabela 7 - Existência de protocolos de fluxo para alguns serviços odontológicos, por Região de Saúde. Goiás, 2012

Regionais de Saúde	Total (n=540)	Solicitação de próteses	Referência e contrarreferência para CEO ou similar	Atendimento para pessoas portadoras de necessidades especiais
Central	129 (23,9)	75 (58,1)	89 (69,0)	80 (62,0)
Centro Sul	64 (11,9)	18 (28,1)	26 (40,6)	26 (40,6)
Entorno Norte	24 (4,4)	9 (37,5)	17 (70,8)	11 (45,8)
Entorno Sul	29 (5,4)	9 (31,0)	19 (65,5)	13 (44,8)
Estrada de Ferro	27 (5,0)	4 (14,8)	7 (25,9)	11 (40,7)
Nordeste I	4 (0,7)	-	-	1 (25,0)
Nordeste II	12 (2,2)	2 (16,7)	-	5 (41,7)
Norte	23 (4,3)	7 (30,4)	11 (47,8)	17 (73,9)
Oeste I	26 (4,8)	4 (15,4)	9 (34,6)	12 (46,2)
Oeste II	30 (5,6)	6 (20,0)	16 (53,3)	7 (23,3)
Pireneus	42 (7,8)	17 (40,5)	23 (54,8)	18 (42,9)
Rio Vermelho	33 (6,1)	2 (6,1)	6 (18,2)	13 (39,4)
São Patrício I	20 (3,7)	8 (40,0)	13 (65,0)	14 (70,0)
Serra da Mesa	13 (2,4)	11 (84,6)	12 (92,3)	13 (100,0)
Sudoeste I	27 (5,0)	5 (18,5)	8 (29,6)	12 (44,4)
Sudoeste II	21 (3,9)	12 (57,1)	13 (61,9)	11 (52,4)
Sul	16 (3,0)	9 (56,3)	14 (87,5)	12 (75,0)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

De acordo com os dados do PMAQ-AB, em Goiás, das especialidade analisadas a que tem a espera mais prolongada para o atendimento é a endodontia, onde 17,3% das equipes respondentes afirmam que os usuários podem esperar até mais de um ano para serem atendidos. Diferente da cirurgia bucomaxilofacial, onde aproximadamente 70% das equipes respondentes afirmam que a espera é de no máximo 30 dias (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo de espera (em dias) para atendimento nas especialidades odontológicas.
Goiás, 2012

Especialidades	Tempo de espera (em dias) - n (%)					Total (n)
	0 a 15	16 a 30	31 a 90	91 a 364	≥ 365	
Endodontia	75 (22,7)	80 (24,2)	63 (19,1)	55 (16,7)	57 (17,3)	273 (50,6)
Periodontia	89 (27,5)	81 (25,0)	91 (28,1)	54 (16,6)	9 (2,8)	324 (60,0)
Cirurgia bucomaxilofacial	121 (39,8)	95 (31,4)	59 (19,5)	26 (8,6)	2 (0,7)	303 (56,1)
Atendimento a pessoas com deficiência	172 (60,1)	62 (21,7)	30 (10,5)	18 (6,3)	4 (1,4)	286 (53,0)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

Estudos como o de Goes *et al.* (2012) afirmaram que a oferta das especialidades odontológicas nos CEOs deveriam ser reavaliadas, justificando pelo fato de que a especialidade de endodontia responde por uma demanda muito maior e sugerem que apenas a endodontia e a prótese dentária deveriam ser obrigatórias, enquanto que as outras especialidades odontológicas só deveriam estar incluídas as análises locorregionais demonstrassem a sua necessidade.

Por RS é importante verificar que a falta de referência para RS Nordeste I é devido a inexistência de um CEO na região (Tabela 9).

De modo geral, as RS acompanharam o mesmo padrão estadual de tempo de espera para as especialidades odontológicas (Tabela 9). Contudo, analisar separadamente cada região é de grande importância para o planejamento regional, e ainda acompanhar a evolução desse tempo de espera nas avaliações dos próximos ciclos do PMAQ-AB. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta que precisa ser amplamente utilizada pelos serviços de saúde.

Tabela 9 - Tempo de espera (em dias) para atendimento nas especialidades odontológicas por Região de Saúde. Goiás, 2012

Tempo de espera (em dias) por especialidade	Regionais de Saúde - n (%)																
	Central	Centro Sul	Entorno Norte	Entorno Sul	Estrada de Ferro	Nordeste I	Nordeste II	Norte	Oeste I	Oeste II	Pireneus	Rio Vermelho	São Patrício I	Serra da Mesa	Sudoeste I	Sudoeste II	Sul
Endodontia	n=102	n=34	n=13	n=22	n=13	-	n=5	n=10	n=14	n=12	n=28	n=8	n=13	n=12	n=10	n=15	n=13
0 a 15	10 (9,8)	5 (14,7)	8 (61,5)	10 (45,5)	7 (53,8)	-	3 (60,0)	5 (50,0)	9 (64,3)	7 (58,3)	8 (28,6)	4 (50,0)	3 (23,1)	3 (25,0)	5 (50,0)	1 (6,7)	1 (7,7)
16 a 30	13 (12,7)	12 (35,3)	4 (30,8)	8 (36,4)	2 (15,4)	-	2 (40,0)	3 (30,0)	2 (14,3)	2 (16,7)	6 (21,4)	3 (37,5)	7 (53,8)	3 (25,0)	3 (30,0)	3 (20,0)	8 (61,5)
31 a 90	37 (36,3)	10 (29,4)	1 (7,7)	2 (9,1)	3 (23,1)	-	-	2 (20,0)	2 (14,3)	1 (8,3)	11 (39,3)	-	3 (23,1)	6 (50,0)	1 (10,0)	8 (53,3)	4 (30,8)
91 a 364	36 (35,3)	5 (14,7)	-	2 (9,1)	1 (7,7)	-	-	-	1 (7,1)	2 (16,7)	2 (7,1)	1 (12,5)	-	-	1 (10,0)	3 (20,0)	-
≥ 365	6 (5,9)	2 (5,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (3,6)	-	-	-	-	-	-
Periodontia	n=102	n=34	n=13	n=22	n=13	-	n=5	n=10	n=14	n=12	n=28	n=8	n=13	n=12	n=10	n=15	n=13
0 a 15	10 (9,8)	5 (14,7)	8 (61,5)	10 (45,5)	7 (53,8)	-	3 (60,0)	5 (50,0)	9 (64,3)	7 (58,3)	8 (28,6)	4 (50,0)	3 (23,1)	3 (25,0)	5 (50,0)	1 (6,7)	1 (7,7)
16 a 30	13 (12,7)	12 (35,3)	4 (30,8)	8 (36,4)	2 (15,4)	-	2 (40,0)	3 (30,0)	2 (14,3)	2 (16,7)	6 (21,4)	3 (37,5)	7 (53,8)	3 (25,0)	3 (30,0)	3 (20,0)	8 (61,5)
31 a 90	37 (36,3)	10 (29,4)	1 (7,7)	2 (9,1)	3 (23,1)	-	-	2 (20,0)	2 (14,3)	1 (8,3)	11 (39,3)	-	3 (23,1)	6 (50,0)	1 (10,0)	8 (53,3)	4 (30,8)
91 a 364	36 (35,3)	5 (14,7)	-	2 (9,1)	1 (7,7)	-	-	-	1 (7,1)	2 (16,7)	2 (7,1)	1 (12,5)	-	-	1 (10,0)	3 (20,0)	-
≥ 365	6 (5,9)	2 (5,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (3,6)	-	-	-	-	-	-
Cirurgia bucomaxilofacial (cirurgia oral menor)	n=97	n=33	n=13	n=21	n=15	-	n=4	n=9	n=10	n=11	n=27	n=9	n=11	n=9	n=4	n=16	n=14
0 a 15	22 (22,7)	7 (21,2)	7 (53,8)	8 (38,1)	9 (60,0)	-	2 (50,0)	7 (77,8)	5 (50,0)	3 (27,3)	15 (55,6)	7 (77,8)	6 (54,5)	7 (77,8)	3 (75,0)	4 (25,0)	9 (64,3)
16 a 30	36 (37,1)	12 (36,4)	5 (38,5)	10 (47,6)	3 (20,0)	-	2 (50,0)	1 (11,1)	3 (30,0)	3 (27,3)	8 (29,6)	1 (11,1)	4 (36,4)	2 (22,2)	-	1 (6,3)	4 (28,6)
31 a 90	29 (29,9)	8 (24,2)	-	2 (9,5)	3 (20,0)	-	-	1 (11,1)	2 (20,0)	3 (27,3)	4 (14,8)	1 (11,1)	1 (9,1)	-	-	4 (25,0)	1 (7,1)
91 a 364	9 (9,3)	5 (15,2)	1 (7,7)	1 (4,8)	-	-	-	-	-	2 (18,2)	-	-	-	-	1 (25,0)	7 (43,8)	-
≥ 365	1 (1,0)	1 (3,0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento a pessoas com deficiência	n=82	n=31	n=13	n=17	n=17	-	n=6	n=14	n=13	n=6	n=20	n=10	n=15	n=12	n=5	n=14	n=11
0 a 15	36 (43,9)	11 (35,5)	11 (84,6)	9 (52,9)	14 (82,3)	-	4 (66,6)	10 (71,4)	10 (76,9)	2 (33,3)	12 (60,0)	6 (60,0)	10 (66,7)	12 (100,0)	5 (100,0)	10 (71,4)	10 (90,9)
16 a 30	22 (26,8)	10 (32,2)	1 (7,7)	7 (41,2)	1 (5,9)	-	1 (16,7)	2 (14,3)	2 (15,4)	2 (33,3)	4 (20,0)	2 (20,0)	3 (20,0)	-	-	4 (28,6)	1 (9,1)
31 a 90	15 (18,3)	3 (9,7)	1 (7,7)	-	2 (11,8)	-	1 (16,7)	2 (14,3)	1 (7,7)	-	3 (15,0)	-	2 (13,3)	-	-	-	-
91 a 364	5 (6,1)	7 (22,6)	-	1 (5,9)	-	-	-	-	-	2 (33,4)	1 (5,0)	2 (20,0)	-	-	-	-	-
≥ 365	4 (4,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, 1º ciclo, 2012.

6 CONCLUSÃO

Diante dos dados relatados pelas equipes básicas de saúde bucal em Goiás no ano 2012, é necessário a ampliação do acesso à atenção básica em saúde bucal, e ainda estabelecer rotina no uso de protocolos. Houve deficiência no uso de protocolos tanto para o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica, quanto para o fluxo de demandas para os demais serviços de média complexidades. A coordenação do cuidado em saúde bucal pelas equipes básicas ainda é precário, muito em razão da inexistência de uma rede de saúde bucal implantada. Duas RS de Goiás (RS Nordeste I RS Nordeste II) e são totalmente desassistidas de serviços de especialidades odontológicas, sendo também as de mais baixo desenvolvimento econômico.

O tempo de espera para o atendimento nas especialidades odontológicas foi respondido por aproximadamente metade das equipes entrevistadas, sendo que, a outra metade delas não possuíam CEOs de referência. O maior tempo de espera para as especialidades analisadas foi para o atendimento na endodontia.

A Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado de Goiás ainda é incipiente. O desafio futuro é a consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal regionalizada, onde a atenção primária exerça o papel de coordenadora da atenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, é preciso considerar que os dados, exclusivamente quantitativos, estudados nesta pesquisa são oriundos da Avaliação Externa de um programa de saúde pública, portanto passível de influências políticas, principalmente pelo fato de se desdobrar em um financiamento extra para as equipes participantes. Contudo, esse fato não inviabiliza a análise dos dados, e ainda reforça a necessidade de um maior número de estudos baseados em evidência que permitam comparar seus resultados.

Avaliar uma política pública de saúde é a forma que uma equipe técnica comprometida com a melhoria das condições de vida de uma população tem para: medir, comparar e fazer julgamento de valores de modo que a tomada de decisão seja o mais coerente possível para alcançar as metas.

As avaliações realizadas pelo PMAQ-AB e pelo PMAQ-CEO possuem papel importante para a consolidação da cultura do planejamento e da avaliação junto aos profissionais que atuam na atenção à saúde bucal.

Nos resultados nacionais das condições de saúde bucal obtidos das últimas pesquisas do SB Brasil, ficaram comprovadas as diferenças regionais no Brasil. Goiás nunca produziu um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da sua população. O primeiro passo é um diagnóstico detalhado da real situação das condições de saúde bucal da população de Goiás e suas diferenças regionais. O segundo passo seria a construção de um mapa de saúde para planejar pontos de atenção e identificar fragilidades ou inexistência de serviços que atendam aos objetivos da PNSB.

É necessário conhecer o território e as necessidades de uma população para uma melhor organização do acesso aos serviços de saúde, a oferta de um serviço pode ser realizada em função da disponibilidade de determinados profissionais dentro de um território e não pela real necessidade de uma população.

Estudos futuros utilizando os dados do PMAQ-AB dos próximos ciclos poderão ser usados para comparação com os resultados obtidos pelo presente estudo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 980–990, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: **Oficina Social No 3: Desenvolvimento Social**. Rio de Janeiro: COPPE, 2000. p. 25.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1026–1035, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Portaria No 566 SAS, de 06 de outubro de 2004**. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/portaria566-06-10-04.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016a.

BRASIL. **A política de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasil Sorridente. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php (Acesso em: 08 nov. 2015).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica, 17, Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria No 4.279 MS/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. **Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 18 fev. 2016a.

BRASIL. Portaria No 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 fev. 2016b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. 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, 2012b.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. Spe, p. 140–157, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S011>>.

CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1005–1013, dez. 2010.

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

CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 834–836, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

FAGNANI, E.; LEVCOVITZ, E.; FACHINNI, L. A. **Regiões e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FIGUEIREDO FILHO, W. B.; MÜLLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. In: GERARDI, L. H. O.; MENDES, I. A. (Ed.). **Do Natural, do Social e de suas Interações: visões geográficas**. Rio Claro-SP: Programa de Pós-Graduação em Geografia – UNESP; Associação de Geografia Teorética – AGETEO. p. 121–132, 2002.

FISCHER, T. K.; PERES, K. G.; KUPEK, E.; PERES, M. A. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 126–138, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

790X2010000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

GARNELO, L.; LUCAS, A. C. dos S.; PARENTE, R. C. P.; ROCHA, E. S. C.; GONÇALVES, M. J. F. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 158–172, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S012>>.

GIOVANELLA, L. M., MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783–794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.

GOES, P. S. A. de; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C. das; SILVEIRA, F. M. da M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. Suppl., p. s81–s89, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1689–1698, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Suppl. 2, p. S331–S336, 2004.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Ed.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21–46.

MANFREDINI, M. A. saúde bucal na perspectiva de usuários do SUS na cidade de São Paulo no início do século XXI. **Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI**. 2010. Universidade de São Paulo, 2010.

MEDICI, A. **O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

OMS. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde: declaração de alma-ata 1978**. Brasil: Unicef, 1979.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. DE S.; MINAYO, M. C. DE S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.

M. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006. p. 767–782.

PEREIRA, C. R. dos S.; RONCALLI, A. G.; CANGUSSU, M. C. T.; NORO, L. R. A.; PATRÍCIO, A. A. R.; LIMA, K. C. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 449–462, 2012.

PESQUISA REGIÃO E REDES. **O caminho para a universalização da saúde no Brasil**. Metodologia 2014. http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf (Acesso em: 20 jan. 2016).

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2095–2104, jul. 2013.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; MARTELLI, P. J. D. L.; SOUZA, W. V. de; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. Suppl., p. s146–s157, 2012.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, p. 305–326, 2013.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Technological organization in oral health in SUS: an archeology of national policy for oral health. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 273–284, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100273&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

SANCHEZ, H. F.; WERNECK, M. A. F.; AMARAL, J. H. L.; FERREIRA, E. F. e. A integralidade no cotidiano da Atenção à Saúde Bucal: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201–214, 2015.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1685–1698, 2010.

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 18–27, 2007.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde**

e **Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927–934, 2011.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012.

VIDIGAL, F. F. **Acesso à saúde bucal na atenção primária no estado de Goiás**. 2015. Universidade Federal de Goiás, 2015.

WEINGARTNER, C. B.; PEREIRA, M. F.; BERNARDINI, I. S. O Planejamento Estratégico na Gestão de Organizações Públicas. In: Coleção Gestão da Saúde Pública - Volume 1, **Anais...Anais GSP**, 2012. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Vol-1-Artigo-2.pdf>>.

ANEXOS

Anexo I – Nota Técnica – Avaliação Externa do PMAQ 1º Ciclo, 2011/2012

AVALIAÇÃO EXTERNA

A avaliação externa consiste na terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com instituições de ensino e/ou pesquisa (IEP) de todo o país, com intuito de averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de Atenção Básica participantes do programa. Ao contratualizar o programa, o município assume a participação na avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação.

Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEPs, aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), entrevistas com profissionais das equipes participantes, entrevistas com usuários e verificação de documentos. No caso de desistência de alguma equipe, o gestor municipal acessava o sistema de Gestão de Programas do DAB (SGDAB) e informava qual equipe não participaria mais da avaliação externa.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA

As informações foram analisadas por instrumentos específicos para gestão municipal, UBS, equipes de Atenção Básica e usuários, incluindo a análise documental. Estão contemplados, ao longo dos instrumentos, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tais como: adscrição de território, acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, garantia da continuidade e longitudinalidade do cuidado com a adscrição de usuários, coordenação da integralidade do cuidado e estímulo à participação dos usuários no exercício do controle social.

Para isso, foi criado um instrumento de avaliação contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos atuais, considerando a competência dos atores envolvidos.

O instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos:

- Módulo I – Observação na unidade básica de saúde;
- Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde; e
- Módulo III – Entrevista com o usuário na unidade básica de saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO

Visando à divulgação das informações contidas nos microdados da avaliação externa, foi criada a variável **CONTROLE_UBS** para identificação das UBS, contendo cinco dígitos. Por sua vez, foi criada a variável **CONTROLE_EQUIPE**, que contém dois dígitos, para identificação das equipes participantes do PMAQ. Dessa forma, será possível utilizar uma "chave" para cruzamento entre os bancos de dados disponibilizados.

BANCOS DE DADOS

A organização da base de dados se deu de forma semelhante à do instrumento de avaliação externa, ou seja, em três bancos:

- Banco Módulo I - UBS;
- Banco Módulo II - EQUIPE; e
- Banco Módulo III - USUÁRIO.

O Módulo I contém as informações relacionadas ao Censo das Unidades Básicas de Saúde do país. No total foram avaliadas 38.812 UBS, identificadas pela variável **CONTROLE_UBS**.

O Módulo II possui o resultado da avaliação das 17.202 equipes contratualizadas e certificadas no programa.¹ Para identificação das equipes, utilizam-se as variáveis **CONTROLE_UBS** e **CONTROLE_EQUIPE**.

O Módulo III, aplicado aos usuários das UBS, possui o registro de 65.391 usuários, identificados apenas pelo município.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

No 1º ciclo do PMAQ, foi realizado o Censo das Unidades Básicas de Saúde do Brasil, independentemente do gestor municipal aderir com suas equipes ao programa. Para essas UBS, aplicou-se o módulo Observação na Unidade Básica de Saúde, no qual foram verificadas as condições de infraestrutura, disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos disponíveis nas UBS. O Censo das UBS abrangeu 5.543 municípios do país.

PERÍODO DE REFERÊNCIA

A coleta de dados da avaliação externa foi realizada no período de maio a outubro de 2012.

¹ No 1º ciclo do PMAQ, foram 17.482 equipes contratualizadas. Entretanto, 279 equipes foram excluídas do programa. Para mais esclarecimentos, ver o artigo 14º, inciso I, da [Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011](#).

DICIONÁRIO DAS VARIÁVEIS

As questões estão organizadas de forma que cada alternativa, isto é, cada categoria da variável, foi representada por um código.

A coluna "Código de variável" refere-se à codificação da pergunta do instrumento de coleta que se encontra na base disponibilizada. A coluna "Respostas múltiplas" refere-se a variáveis do tipo múltipla resposta. A coluna "Descrição" é a descrição das variáveis do instrumento, e a coluna "Categorias" refere-se às alternativas de resposta à variável, também registradas em códigos.

Tipos de variáveis

- **Variáveis de resposta única:** cada questão do instrumento de coleta foi armazenada em uma variável da base de dados. Isso foi feito nas questões em que o entrevistado só podia marcar uma única alternativa entre as opções possíveis da questão;
- **Variáveis condicionais (condição prévia):** representa aquelas que têm uma condição prévia para seu preenchimento, não cabendo resposta para os casos em que a condição estabelecida não for atendida. Nesse tipo de variável, aplicou-se a categoria "Não se aplica".
- **Variáveis de múltipla resposta:** representa aquelas em que o entrevistado poderia marcar mais de uma resposta. Ou seja, entre as categorias disponíveis da variável, o entrevistado confirmava mais de uma alternativa. Para organização dos dados desse tipo de questão, cada categoria foi transformada em uma variável, e cada uma recebeu categorias como: "Sim", "Não", "Não sabe/não respondeu" e/ou "Não se aplica".
- **Variáveis quantitativas:** para esse tipo de variável, foram definidos pontos de corte de acordo com características demográficas e epidemiológicas, com base em protocolos ou de comum acordo entre as áreas técnicas.

Para mais informações, consultar o *Manual Instrutivo, o Instrumento de Avaliação Externa* e as portarias referentes ao programa disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica: dab.saude.gov.br

Anexo II – Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Variáveis

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.36.6	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.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

e Qualidade – Variáveis (continuação)

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		
			Atendimento para pessoas portadoras de necessidade especiais pelos profissionais de saúde bucal		
			Nenhuma das anteriores		
II.37.10	Endodontia		Dias		Não houve encaminhamento
II.37.11	Periodontia		Dias		Não houve encaminhamento
II.37.12	Cirurgião bucomaxilofacial (cirurgia oral menor)		Dias		Não houve encaminhamento
II.37.17	Atendimentos a pessoas com deficiência		Dias		Não houve encaminhamento

Anexo III – Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Goiás, 2012

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS / FEVEREIRO/2012											
CENTRO OESTE / 2.054.723			CENTRO NORTE / 1.023.991		NORDESTE / 1.092.945		SUDOESTE / 577.119		CENTRO SUDESTE / 1.255.267		
CENTRAL	1.642.963	OESTE I	113.883	NORTE	136.922	ENTORNO NORTE	228.055	SUDOESTE I	379.472	CENTRO SUL	765.578
GOIANIA	1.301.892	ARA GARGAS	18.310	MINACU	31.149	FORMOSA	100.084	CACU	13.279	APARECIDA DE GOIANIA	455.735
ABADIA DE GOIAS	6.868	BALIZA	3.714	MONTIVIDU DO NORTE	4.114	CABECEIRAS	7.346	CACHOEIRA ALTA	10.539	ARAGOANIA	8.375
GOIANIRA	34.061	BOM JARDIM DE GOIAS	8.423	CAMPINACU	3.654	FLORES DE GOIAS	12.058	ITAJA	5.066	HIDROLANDIA	17.398
GUAPO	14.002	PIRANHAS	11.268	TROMBAS	3.435	SAO JOAO D'ALIANCA	10.254	ITARUMA	6.298	PIRACANJUBA	24.033
TRINDADE	104.506	IPORA	31.274	FORMOSO	4.891	VILA BOA	4.742	LAGOA SANTA	1.259	PROFESSOR JAMIL	3.244
SANTA BARBARA DE GOI	5.751	AMORINOPOLIS	3.607	PORANGATU	42.356	PLANALTINA	81.612	QUIRINOPOLIS	43.243	PONTALNA	17.112
NAZARIO	7.874	ARENOPOLIS	3.278	ESTRELA DO NORTE	3.318	AGUA FRIA DE GOIAS	5.095	CASTELANDIA	3.638	MAIRIPOTABA	2.378
CAMPESTRE DE GOIAS	3.387	DIORAMA	2.479	MUTUNOPOLIS	3.842	ALTO PARAISO	6.864	PARANAIGUARA	9.119	CROMINIA	3.555
AVELINOPOLIS	2.451	FAZENDA NOVA	6.318	NOVO PLANALTO	3.953	8	228.055	SAO SIMÃO	17.086	EDEALINA	3.733
ANICUNS	20.272	ISRAELANDIA	2.888	SANTA TEREZA DE GOIAS	3.991	8	228.055	RIO VERDE	176.502	EDEIA	11.266
INHUMAS	48.212	IVOLANDIA	2.663	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	22.294	ENTORNO SUL	727.628	ACREUNA	20.283	VICENTINOPOLIS	7.371
ITAUCU	8.549	JAUPACI	3.000	MUNDO NOVO	6.422	AGUAS LINDAS DE GOIAS	159.505	AP. DO RIO DOCE	2.433	SENADOR CANEDO	84.399
CATURAI	4.670	MOIPORA	1.763	BONOPOLIS	3.503	CIDADE OCCIDENTAL	55.883	STO. ANT. DA BARRA	4.430	BELA VISTA DE GOIAS	24.539
ARACU	3.785	MONTES CLAROS DE GO	8.000	13	136.922	CRISTALINA	46.568	MONTVIDIU	10.576	BONFINOPOLIS	7.536
TAQUARAL DE GOIAS	3.540	NOVO BRASIL	3.516	9	119.410	LUZIANIA	174.546	STA. HELENA DE GOIAS	36.459	CALDAZINHA	3.322
ITAGUARI	4.508	PALESTINA DE GOIAS	3.382	SERRA DA MESA	119.410	NOVO GAMA	95.013	MAURLANDIA	11.516	CRISTIANOPOLIS	2.933
NEROPOLIS	24.189	16	113.883	NIQUELANDIA	42.380	STO ANT. DESCOBERTO	63.166	TURVELANDIA	4.399	SILVANIA	19.096
BRAZABRANTES	3.240	OESTE II	106.241	COLINAS DO SUL	3.523	VALPARAISO DE GOIAS	132.947	PORT EIRÃO	3.347	LEOPOLDO DE BULHOES	7.875
DAMOLANDIA	2.747	URUAU	36.949	URUAU	36.949	7	727.628	18	379.472	ORIZONA	14.292
SAO FRANCISCO DE GOIA	6.117	PALMEIRAS DE GOIAS	23.333	ALTO HORIZONTE	4.505	5	43.514	SUDOESTE II	197.647	S. MIGUEL DO P. QUATRO	3.761
NOVA VENEZA	8.129	PALMINOPOLIS	3.561	AMARALINA	3.424	NORDESTE I	43.514	JATAI	88.048	VIANOPOLIS	12.549
OURO VERDE DE GOIAS	4.040	PARAUNA	10.860	CAMPINORTE	11.115	CAMPOS BELOS	18.395	APORE	3.811	CEZARINA	7.548
PETROLINA DE GOIAS	10.285	S. JOÃO DA PARAUNA	1.692	HIDROLINA	4.029	CAVALCANTE	9.394	CAIAPONIA	16.734	INDIARA	13.703
SANTA ROSA DE GOIAS	2.905	S. LUIZ DE M. BELOS	30.050	MARA ROSA	10.659	DIVINOPOLIS DE GOIAS	4.967	CHAPADAO DO CEU	7.004	JANDAIA	6.164
SANTO ANTONIO DE GOIA	4.690	ADELANDIA	2.483	NOVA IGUAÇU DE GOIAS	2.826	MUNTE ALEGRE DE GOIAS	7.742	DOVERLANDIA	7.892	VARJAO	3.661
JESUPOLIS	2.293	AURLANDIA	3.650	9	119.410	TERESINA DE GOIAS	3.016	5	43.514	25	765.578
26	1.642.963	BURITI DE GOIAS	2.561	PIRENEUS	482.574	5	43.514	PEROLANDIA	2.950	ESTRADA DE FERRO	260.267
RIO VERMELHO	191.636	CACHOEIRA DE GOIAS	1.417	ALEXANIA	23.928	NORDESTE II	93.748	SERRANOPOLIS	7.477	66.597	86.597
GOIAS	24.745	CORREGO DO OURO	2.629	ABADIA	15.752	ALVORADA DO NORTE	3.093	MINEIROS	52.964	CATALAO	1.117
ARAGUA PAZ	7.513	FIRMINOPOLIS	11.603	ABADIANIA	15.752	BURITINOPOLIS	3.319	STA. RITA DO ARAGUAIA	6.928	ANHANGUERA	1.117
ARUANA	7.506	SANCLERLANDIA	7.563	ANAPOLIS	335.032	DAMIANOPOLIS	3.297	PORTELANDIA	3.839	CUMARI	2.961
FAINA	6.980	TURVANIA	4.839	CAMPO LIMPO	6.270	MAMBAT	6.885	10	197.647	DAVINOPOLIS	2.050
ITAPIRAPUA	7.851	13	106.241	GAMELEIRA DE GOIAS	3.275	SITIO D'ABADIA	2.821	GOIANDIRA	5.268	NOVA AURORA	2.069
MATRINCHA	4.414	GOIANAPOLIS	10.681	TEREZOPOLIS DE GOIAS	6.562	POSSE	31.417	OUVIDOR	5.446	TRES RANCHOS	2.817
MOSSAMEDES	5.005	TEREZOPOLIS DE GOIAS	17.391	COCALZINHO DE GOIAS	17.391	GUARANI DE GOIAS	4.262	CALDAS NOVAS	70.463	CORUMBABA	8.164
MOZARLANDIA	13.403	CORUMBA DE GOIAS	10.344	PADRE BERNARDO	27.689	IACIARA	12.438	MARZAGAO	2.072	RIO QUENTE	3.311
NOVA CRIXAS	11.911	PIRENOPOLIS	23.065	MIMOSO DE GOIAS	2.685	NOVA ROMA	3.468	IPAMERI	24.745	CAMPO ALEGRE DE GO	6.057
ITABERAI	35.412	12	482.574	SAO DOMINGOS	11.236	11	93.748	PIRES DO RIO	28.691	PALMELO	2.339
AMERICANO DO BRASIL	5.508	SÃO PATRÍCIO	285.085	CERES	20.686	11	93.748	SANTA CRUZ DE GOIAS	3.142	URUTAI	3.058
HEITORAI	3.568	CERES	20.686	CARMO DO RIO VERDE	8.939	11	93.748	18	260.267	SUL	229.422
ITAPURANGA	26.085	CARMO DO RIO VERDE	8.939	IPIRANGA DE GOIAS	2.844	11	93.748	GOIATUBA	32.481	ALOANDIA	2.044
GUARAITA	2.372	MORRO AGUDO DE GOIAS	2.365	NOVA AMERICA	2.254	11	93.748	BOM JESUS DE GOIAS	20.728	JOVIANIA	7.108
BRITANIA	5.509	NOVA AMERICA	2.254	NOVA GLORIA	8.514	11	93.748	PANAMA	2.676	ITUMBARA	92.942
JUSSARA	19.086	NOVA GLORIA	8.514	RIALMA	10.516	11	93.748	BURITIALEGRE	9.056	CACHOEIRA DOURADA	8.267
SANTA FE DE GOIAS	4.768	RIALMA	10.516	RIANAPOLIS	4.556	11	93.748	GOUVELANDIA	4.948	INACIOLANDIA	5.702
17	191.636	RUBIA TABA	18.848	SANTA ISABEL	3.680	11	93.748	MORRINHOS	41.457	AGUA LIMPA	2.012
		SAO PATRÍCIO	1.991	URUANA	13.821	11	93.748	12	229.422		
		URUANA	13.821	GOIANESIA	59.545	11	93.748				
		BARRO ALTO	8.701	BARRO ALTO	8.701	11	93.748				
		STA RITA DO N. DESTINO	3.170	STA RITA DO N. DESTINO	3.170	11	93.748				
		VILA PROPICIO	5.145	VILA PROPICIO	5.145	11	93.748				
		ITAPACI	18.481	ITAPACI	18.481	11	93.748				
		CAMPOS VERDES	5.022	CAMPOS VERDES	5.022	11	93.748				
		CRIXAS	15.762	CRIXAS	15.762	11	93.748				
		GUARINOS	2.306	GUARINOS	2.306	11	93.748				
		PILAR DE GOIAS	2.766	PILAR DE GOIAS	2.766	11	93.748				
		STA TEREZINHA DE GOIAS	10.304	STA TEREZINHA DE GOIAS	10.304	11	93.748				
		UIRAPURU	2.935	UIRAPURU	2.935	11	93.748				
		SAO LUIZ DO NORTE	4.617	SAO LUIZ DO NORTE	4.617	11	93.748				
		JARAGUA	41.888	JARAGUA	41.888	11	93.748				
		ITAGUARU	5.429	ITAGUARU	5.429	11	93.748				
		26	285.085	26	285.085	11	93.748				

Gerência de Regionalização e Conformação de Redes (SPAIS/SES). Atualizado em fevereiro de 2012.