



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

POALA VETTORATO

**ACESSO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

PORTO ALEGRE

2017

POALA VETTORATO

**ACESSO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Levandovski

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Vettorato, Poala
ACESSO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)
/ Poala Vettorato. -- 2017.
41 f.
Orientadora: Rosa Levandovski.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Saúde Bucal. 2. Acesso em Saúde. 3. Avaliação
em Saúde. 4. PMAQ. I. Levandovski, Rosa, orient.
II. Título.

"O correr da vida embrulha tudo, a vida é
assim: esquenta e esfria, aperta e daí
afrouxa,
sossega e depois desinquieta. O que
ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz de ficar
alegre a mais, no meio da
alegria,
e inda mais alegre ainda
no meio da tristeza!
A vida inventa! A
gente principia as coisas, no não
saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação porque a
vida é mutirão de todos, por todos remexida e
temperada.
O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as
pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram
terminadas,
mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou
desafinam. Verdade maior.
Viver é muito perigoso; e não é não.
Nem sei explicar estas coisas. Um sentir
é o do sentente, mas outro é do sentidor."

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação só foi possível pela colaboração de inúmeras pessoas que fizeram parte desta caminhada. Primeiramente agradecer a minha orientadora prof^a Rosa Levandovski, a qual foi incansável na arte de orientar neste mestrado, obrigada por acreditar nessa pesquisa até mesmo nos momentos em que eu desacreditava no meu potencial na realização deste trabalho. Agradecer pela delicadeza, altruísmo, pelos finais de semana dedicados ao meu trabalho e por me receber tantas vezes em sua casa. Sinto-me privilegiada em ter uma pessoa “demasiadamente humana” como orientadora.

Agradecer ao Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva (UFGRS) por oferecer um PPG que possibilite ao trabalhador conciliar sua carga horária de trabalho as atividades acadêmicas. Agradecer ao Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES/RS), especialmente ao diretor Elson e a diretora adjunta Rebel por reconhecerem a importância e apoiar o processo de qualificação e formativo dos trabalhadores no DAS.

Agradecer aos meus colegas na Coordenação Estadual de Atenção Básica pela força e apoio nestes dois anos, a generosidade nos momentos em que precisei me ausentar para dedicar a pesquisa. Sinto-me também muito privilegiada em fazer parte de uma equipe tão qualificada e comprometida com a atenção básica deste estado.

Agradecer a todas as amigas e amigos que foram incansáveis no incentivo, apoio e força. A minha grande amiga Melissa pelo incentivo, desde o processo de seleção no mestrado e até a colaboração na formatação final deste trabalho, obrigada por toda a segurança e conforto que a sua amizade oferece. A Sibeli pelo papel terapêutico que sua amizade desempenhou tantas vezes nos momentos de “crise” gerados nesta caminhada. Agradecer ao Guilherme, por me animar tantas vezes e pela CIA nas corridas no gasômetro, às vezes 06h30min da manhã. A Isabel por estar sempre disponível para um abraço e conversa afetuoso e aconchegante. Agradecer as amigas que sempre lembram à mágica e a alegria do carnaval Julia e Paulinha.

A minha família por ser o porto seguro e a referência que impulsiona a lançar-me em desafios como este, o qual foi o mestrado. Obrigada mãe por ser uma fonte inesgotável de afeto e generosidade, obrigada pai por ser uma referência tão inspiradora nesta minha caminhada profissional. Aos meus irmãos Jardel e Plínio, minha cunhada Sissy, pelo afeto, respeito e ajuda em várias dimensões da minha vida. A minha sobrinha Maria Sissy por inundar o meu ser em afeto, potencia e alegrias.

Agradecer os membros da banca de qualificação do projeto de dissertação de mestrado. Aos membros da banca final de defesa desta dissertação.

Enfim agradeço a todas e todos que contribuíram na minha trajetória acadêmica e profissional que me trouxe até esse momento.

Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: O princípio direcionador da Atenção Primária em Saúde (APS) é o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, sendo a porta de entrada preferencial para rede de atenção. O objetivo dessa dissertação foi avaliar o acesso em saúde bucal, promovido pelas ESB participantes da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), participantes do 2º ciclo no Rio Grande do Sul (RS), a partir de duas dimensões do acesso ao cuidado em saúde bucal: O Acolhimento e a Gestão do Processo de Trabalho, como também, a Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa descritiva e analítica, com os dados secundários do 2º ciclo PMAQ-AB, pertencentes a 652 Equipes de Saúde Bucal (ESB) do RS. O acesso em saúde bucal foi avaliado a partir de 33 questões selecionadas no instrumento da avaliação externa PMAQ-AB, distribuídos em 2 dimensões, sendo: “Acolhimento e Gestão do processo de trabalho”, composto por 16 questões e “Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à saúde”, composto por 17 questões. Utilizou-se os tercil de distribuição da amostra em escores, sendo o tercil inferior para a categoria “baixa” (1), o tercil “médio” (2) e tercil superior “alto” (3) e selecionado 6 fatores condicionantes para o acesso: estrato municipal, Centro de Especialidade Odontológico (CEO), Proporção ESB por ESF, Taxa de cobertura Saúde Bucal, Macrorregião de Saúde e Taxa de Urbanização. A análise bivariada, foi realizada através dos testes *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou *Exato de Fisher* para as variáveis categóricas. *Coefficiente de correlação de Pearson ou Spearman* para verificar o grau de correlação entre para variáveis contínuas com distribuição normal ou assimétricas, respectivamente. Para avaliar as diferenças entre dois ou mais grupos entre variáveis contínuas foram utilizados o *Teste t-Student e ANOVA*. As variáveis preditoras para as dimensões de acesso e coordenação do cuidado foram avaliadas utilizando análise multivariada, através do modelo de regressão multinomial. **Resultados:** A barreira de acesso da continuidade do cuidado foi correlacionada, na análise bivariada, ao grau de urbanização e fatores sociais, econômicos e geográficos dos municípios. As ESB localizadas em municípios com melhores condições socioeconômicas apresentaram maiores chances de ter o dispositivo da atenção secundária em seus territórios e garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção. **Conclusão:** o acesso em saúde bucal na dimensão “acolhimento e gestão do processo de trabalho” e “coordenação do cuidado na rede de atenção em saúde” associado aos fatores predisponentes: macrorregião de saúde, estrato municipal, indicador de cobertura de saúde bucal para o ano de 2013, proporção ESB para ESF, taxa de urbanização, cobertura dos CEOs foi possível inferir que os fatores condicionantes foram mais significativos para a dimensão coordenação do cuidado na RAs. Sendo os municípios em melhor estrato, com referência para atenção secundária, com melhor taxa de urbanização e localizados em região metropolitana apresentaram melhores chances para a garantia na continuidade do cuidado. Assim, expressando uma inequidade no acesso entre os municípios do RS.

Palavras-chaves: Acesso em saúde; Saúde bucal; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The guiding principle on Primary health care (PHC) is the universal and continuous facilities to the health care services, acting like the preferential access to the attention network. The goal of this study was to evaluate the access on health oral care, promoted by ESB participants of the external evaluation of the National Program for Improving Primary care Access and Quality Attention (PMAQ-AB), participants of the 2nd cycle on Rio Grande do Sul (RS), based on two dimensions: the Reception and Management of Working Process, and the Coordination of Health Care on the Health Attention Network. **Methodology:** this work was conducted on both descriptive and analytical research, based on the secondary data of the 2nd PMAQ-AB cycle, belonging to 652 Oral Health Teams (ESB) from Rio Grande do Sul state (BR). The access to oral health care was evaluated based on 33 selected questions on the external evaluation of PMAQ-AB instrument, distributed on two dimensions: "Reception and Management of Working Process", composed by 16 questions; and "Coordination of Health Care on the Health Attention Network", composed by 17 questions. The tercile of the sample distribution was used in scores, with the lower tercile categorized as "low" (1), the "intermediate" tercile (2) and the upper tercile, as "high" (3). Six conditionant factors was selected to evaluate health access: municipal strata, Dentistry Specialty Center (CEO), the proportion of ESB to ESF, Oral Health Coverage Rate, Health Macroregion and Urbanization Rate. The bivariate analysis was conducted via *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) or *Exato de Fisher* tests, to the categoric variants. The *Coeficiente de correlação de Pearson* or *Spearman* was used to verify the degree of correlation between the continuous variants with normal or assymmetric distributions, respectively. To evaluate the differences between two or more groups between continuous variants, the *t-Student* e *ANOVA tests* were utilized. The predictable variants to the coordination and access dimensions of health care was evaluated by multivariate analysis, using multinomial regression models. **Results:** The barrier on continuity care access was correlated, in bivariate analysis, with the degree of urbanization and social, economic and geographic conditions of the municipalities. The ESB located in cities with both higher social and economic facilities, presented bigger chances of having the secondary attention dispositives in their territory, as well as ensure the continuity of health care in the attention network. **Concluding remarks:** By analyzing the access to the oral health care on the dimension "Reception and Management of Working Process" and "Coordination of Health Care on the Health Attention Network" are associated with the predisposing factors: health macroregion, municipal strata, oral health coverage index (2013 year), ESB to ESF proportion, urbanization rate and CEOs coverage, was possible to infer that the conditionant factors was most significative to the coordination dimension of RAs care. Using the better strata municipalities, regarding secondary attention with higher urbanization rates and those located in metropolitan regions, presented better chances to ensure the continuity of health care, expressing, thus, the inequity on health access between RS municipalities.

Key Words: Health access; Oral health; Health assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMAQ- Manual de auto avaliação

APS - Atenção Primária em Saúde

ASB- Auxiliar em Saúde Bucal

CEAB - Coordenação Estadual de Atenção Básica

CEOs-Centro de Especialidades odontológicas

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CIB-Comissão Inter gestora Bipartite

CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPO-D - Dente Cariado Perdido e Obturado

CREO - Centros de Referências de Especialidade Odontológica

CRO - Conselho Regional de Odontologia

D- Dimensão

EAB - Equipe de Atenção Básica

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESB-Equipes de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESP- Escola de Saúde Pública

OGU - Orçamentos Geral da União

OM - Odontologia de Mercado

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES-Plano Estadual de Saúde

PIES- Política Estadual de Incentivo para a Qualificação da Atenção Básica

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

PMAQ-SB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, saúde bucal.

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio

PNH- Política Nacional de Humanização

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PPA - Plano Plurianual

PSF - Programa Saúde da Família

RAS- Rede de Atenção à saúde

RS - Rio Grande do Sul

SB - Saúde Bucal

SUS - Sistema Único de Saúde.

UFSM- Universidade Federal de Santa Maria

LISTA FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Matriz de análise do acesso nas 2 dimensões e a distribuição da amostra nas categorias “BAIXO”, “MÉDIO” e “ALTO”.

Figura 2: Mapa Microrregiões RS.

Figura 3. Coordenação do Cuidado na RAS com CEO e sem CEO.

Quadro 1 : Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas.

Quadro 2: quantificação dimensão acesso, perspectiva acolhimento (profissional de saúde).

Quadro 3: Variáveis para análise do acesso na dimensão do acolhimento (adaptado do instrumento de avaliação externa 1º e 2º ciclo PMAQ-AB).

Quadro 4: Variáveis para análise do acesso na saúde bucal na dimensão da ordenação e coordenação do cuidado pelas ESBs (adaptado do instrumento de avaliação externa 1º e 2º ciclo PMAQ-AB).

Quadro 5: Questões selecionadas e critérios de pontuação para a dimensão Acolhimento e Gestão de Processo de trabalho.

Quadro 6: Questões selecionadas e critérios de pontuação para a dimensão Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Quadro 7: Estratos municipais e distribuição da amostra.

Tabela 1. Frequência absoluta e % das ESB atenderam aos critérios proposto Acolhimento e Gestão do Processo de Trabalho (N=652).

Tabela 2. Frequência absoluta e % das ESB atenderam aos critérios propostos para a dimensão Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à saúde.

Tabela 3. Classificação das Equipes de Saúde bucal por dimensões de acolhimento e coordenação segundo fatores condicionantes - RS, 2013.

Tabela 4. Fatores condicionantes da dimensão Coordenação do Cuidado na RAS, Análise Multivariada, Modelo de Regressão Multinomial.

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. JUSTIFICATIVA	16
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde	16
4.2. Avaliação em Saúde e o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	20
4.3. Acesso à saúde: um olhar à saúde bucal	25
4.4. Acesso à saúde bucal na perspectiva do acolhimento e coordenação do cuidado	28
4.5. Saúde Bucal no Estado do RS	29
5. PERCURSO METODOLÓGICO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8. REFERÊNCIAS	38

1. APRESENTAÇÃO

“Ao seu Antônio, de profissão agricultor, tem apenas 42 anos de idade e já perdeu todos os dentes, e não foi “apenas” por placa bacteriana, por cárie ou doença periodontal. Ficou desdentado por baixos salários, por inflação, por educação inadequada, por subnutrição, por discriminação, por petróleo, por dentista, por programas de saúde. Seu Antônio, sem dúvida, ficou desdentado por sociedade.” Volnei Garrafa.

No Brasil, o acesso à odontologia tem sido privilégio de um grupo minoritário da população, embora conte com um elevado número de profissionais cirurgiões dentistas. O estado do RS possui, por volta de 17.299 profissionais registrados (CFO, 2016), representando cerca de um profissional para cada 600 habitantes. Essa relação proporcional é duas vezes superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda um cirurgião dentista para cada 1.200 habitantes (CARVALHO e ORLANDO, 2001). Predomina uma odontologia de mercado, voltado aos consultórios privados, na perspectiva de venda de serviços, por outro lado, o acesso ao cuidado da saúde bucal é restrito a classe social mais elevada.

Mesmo com a garantia constitucional do direito à saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado o estado brasileiro caminha para proporcioná-la no o acesso amplo e qualificado aos serviços de saúde bucal. Dentre outros motivos que se somam na construção dessa realidade, lembramos que o marco legal da saúde bucal, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído somente no ano 2004 com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

O descaso com a saúde bucal, enquanto campo de ação importante no SUS tem produzido, historicamente, “sorrisos mutilados” em nossa população. Essa característica é encontrada, principalmente, junto aos estratos sociais menos favorecidos economicamente, sendo a ausência de dentes uma característica marcante e naturalizada deste processo de exclusão.

Levando em consideração o contexto acima farei um diálogo com a minha trajetória formativa e profissional, os quais corroboraram na busca pelo mestrado e a pesquisa realizada. Sou Cirurgiã Dentista graduada em 2011, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), durante a faculdade comecei a ter interesse nos estágios em saúde pública e a

perceber que os “sorrisos mutilados”, não resultava simplesmente pela falta do autocuidado com a higiene oral das pessoas, e sim entrelaçados com um contexto social, econômico e histórico de exclusão social. As inquietações surgidas durante a graduação, a insatisfação com o exercício profissional voltado ao mercado, fez buscar uma atuação profissional no campo da saúde coletiva, pois naquele momento buscava também uma prática profissional que pudesse fazer diferença na vida do outro, atualmente compreendo que estava buscando um paradigma ético e político comprometido com o direito a ser cidadão.

Nesta perspectiva, fiz seleção ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, ênfase em Atenção Básica, na Escola de Saúde Pública (ESP) do Estado do RS, logo após a conclusão da graduação. Através da residência tive a oportunidade, como cirurgiã dentista, de vivenciar a lacuna do cuidado em saúde bucal na assistência pública, trabalhando em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada na zona periférica e vulnerável da cidade de Porto Alegre/RS, a qual completava seus 10 anos de funcionamento em 2012 e apenas naquele ano passou a contar com Equipe de Saúde Bucal (ESB) no território.

A atuação nesta ESB possibilitou desenvolver competências que não haviam sido trabalhadas na graduação, por se tratar de uma unidade de saúde com 10 anos de atuação apenas com a ESF, havia uma enorme demanda reprimida odontológica, necessitando, no início das atividades realizar um planejamento com definição das prioridades do território, conciliando na agenda as consultas programadas e a demanda espontânea, que no primeiro momento predominou. Através desta experiência, as trocas com os usuários, colegas na unidade de saúde e leituras no campo da saúde coletiva fui desenvolvendo habilidades para a gestão do cuidado, clínica ampliada, planejamento e monitoramento, enfim, incorporando na minha prática o paradigma da saúde bucal coletiva, o qual carrega em si a ética do cuidado na perspectiva da integralidade.

Na residência realizei campo de estágio na gestão municipal e estadual de saúde, experiências as quais motivaram a minha busca por um trabalho na gestão, por permitir a atuação no campo macro política em saúde. Assim realizei concurso para a Secretária Estadual de Saúde- RS, na qual ingressei em novembro de 2014, como sanitarista, lotada na Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB) e possibilitando trabalhar com bancos de

dados públicos de saúde, na construção de diagnóstico de saúde, levantamento de informações para tomada de decisões, elaboração de materiais de apoio aos gestores municipais, como também realizando atividade de formação em saúde, como preceptora para programa de residência multiprofissional. O objeto de trabalho na CEAB despertou minha necessidade em buscar qualificação profissional através do mestrado em saúde coletiva.

Assim realizei a seleção ao programa de Mestrado em Saúde Coletiva, desenvolvido pela Escola de Enfermagem/UFGRS, na linha de pesquisa Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Na elaboração do problema de pesquisa levei em consideração o meu desejo de voltar a trabalhar com o campo da política em saúde bucal coletiva, a minha necessidade de aperfeiçoar ferramentas no campo da pesquisa quantitativa e a necessidade no trabalho em gerarmos informações a partir do banco de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria Acesso e qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no RS. Elaboramos o tema desenvolvido nesta dissertação: “Acesso à saúde bucal no Estado do Rio Grande do Sul: uma análise do 2º ciclo do PMAQ-AB”.

O Programa Nacional de Melhoria Acesso e Qualidade (PMAQ) foi instituído com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a qualidade na Atenção Básica, o programa está organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização, as quais se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Atualmente estamos na 3º ciclo, na fase da avaliação externa com as equipes coletoras de dados percorrendo os municípios aderidos neste ciclo.

Essa pesquisa fez análise do acesso em saúde bucal promovido pelas ESB participantes da avaliação externa do PMAQ do 2º ciclo, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), no qual foi analisado duas dimensões do acesso ao cuidado em saúde bucal: O Acolhimento e a Gestão do Processo de Trabalho, como também, a Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

A amostra deste estudo foi constituída em 652 ESB que responderam a avaliação externa do PMAQ-SB no 2º ciclo, distribuídos em 272 municípios do RS, ou seja, 54,72% dos municípios gaúchos. Apresentando a seguinte distribuição de frequência nas macrorregiões de saúde das ESB: metropolitana 181 (27,8%); Centro-Oeste 53 (8,1%); Serra
56 (7,7%); Vales

45 (6,9%); Missioneira 134 (20,6%); Norte 133 (20,4%); Sul 50 (7,7%).

Saliento que esta dissertação foi construída ainda sob a vigência da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 e esta foi a normativa utilizada na análise e reflexão deste trabalho. Atualmente vigora uma nova PNAB, ainda assim, as reflexões acerca do acesso em saúde bucal em nosso estado são válidas podendo colaborar no fortalecimento da saúde bucal na atenção básica, como também, para fortalecer a necessidade em ampliação dos centros de especialidade em nosso estado.

Essa dissertação está organizada da seguinte forma: uma apresentação, seguida do objetivo, justificativa e uma revisão de literatura realizada no processo da qualificação desta pesquisa e sua respectiva revisão. Após, é apresentado o percurso metodológico utilizado no projeto e o produto final desta pesquisa organizado em forma de artigo, sob o título: Promoção do acesso em saúde bucal na perspectiva das ESB participantes da avaliação externa no 2º ciclo PMAQ-SB/RS.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso à saúde bucal, na atenção primária em saúde, a partir dos resultados do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB no Estado do Rio Grande do Sul.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o acesso à saúde bucal quanto à coordenação e ordenação do cuidado pelas ESBs, nas perspectivas do profissional de saúde.
- Elencar as características do acesso da atenção básica à saúde bucal na perspectiva do acolhimento e gestão do processo de trabalho.
- Elencar as características do acesso da atenção básica à saúde bucal na perspectiva da coordenação do cuidado na Rede de Atenção à saúde.

- Avaliar os resultados referentes às dimensões de acolhimento e coordenação do cuidado em relação aos fatores condicionantes indicadores das características demográficas, sociais, de gestão e estrutura das equipes avaliadas.

3. JUSTIFICATIVA

Esse estudo se justifica na medida em que se propõe fazer uma análise do banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, com o recorte em relação à saúde bucal no Estado do Rio Grande do Sul. Serão analisados os dados referentes ao acesso e a organização da saúde bucal no 1º e 2º ciclo do programa na perspectiva do acesso que se constitui um atributo importante da atenção primária em saúde.

A análise de banco de dados se faz importante, pois permite lapidar o dado a fim de gerar informação e interpretação da realidade, assim contribui na tomada de decisão e na condução da gestão municipal e estadual em relação à saúde bucal. Uma apreciação crítica dos dados também pode possibilitar uma reorientação na prática do cuidado a fim de promover a integralidade em saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde

Através da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) no Art. 2º lê-se: “A saúde é um direito fundamental do ser humano”, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício é o marco legal que garante saúde à população brasileira. Sendo assim, a saúde bucal também está incluída nesse devir constitucional, cabendo ao Estado organizar o sistema de forma integral.

O Brasil possui um sistema nacional de saúde chamado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, embora esteja em permanente construção, detém seus princípios bem estabelecidos como a universalidade, equidade e integralidade. A base doutrinária do SUS é bem fundamentada e está em coerência com os modelos de sistemas nacionais de saúde de

outros países referências em saúde pública, os quais possuem semelhança principalmente em relação ao acesso universal, a equidade, o controle social e a atenção primária como coordenadora do cuidado (CAMPOS, 2012). Para Roncalli (2003, p.28) o modelo de saúde do Brasil resulta de um processo histórico de lutas do movimento sanitário Brasileiro e movimentos sociais, intensificado a partir das décadas de 1970 e 1980 em sintonia com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

No final da década de 70 começa a ter uma efervescência dos movimentos sociais e reivindicatório pelo fim da ditadura e uma agenda pautada nos direitos sociais. De acordo com Fleury:

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais. (FLEURY, 2009).

O conceito de saúde bucal coletiva surge no Brasil em meados da década de 80, numa negação aos referenciais da odontologia de mercado e em consonância com a reforma sanitária (NARVAI, 1994). Em sua tese de doutorado Soares (2014, p.148) aponta que:

No Brasil constitui-se um subespaço social em meados dos anos 90 denominado Saúde Bucal Coletivo voltado para análise e intervenção dos problemas de saúde bucal no nível da sociedade. Esse subespaço apresenta-se como produto de um movimento político articulado à Reforma Sanitária Brasileira pela politização do campo odontológico e modernização das suas práticas e crítico às correntes alternativas em curso na década de 80 (...).

A saúde bucal coletiva, posteriormente, vai tomando uma perspectiva ética política na ótica do movimento da reforma sanitária que tomam força ao longo da década de 80 e tendo como ápice a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que reuniu mais de 4.000 mil pessoas em Brasília, sendo entendido o direito à saúde como:

A garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade [...]. (BRASIL 1986).

Nesse mesmo momento ocorreu como parte integrante da 8ª CNS a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Um momento marcante para a saúde bucal coletiva brasileira, o Coordenador Geral 1ª CNSB afirma:

Para as pessoas realmente interessadas na melhoria das condições de vida da população brasileira e no aprimoramento das formas de atendimento e trabalho odontológico, este documento é do maior interesse. O encaminhamento político das resoluções e recomendações é matéria e bandeira futura para entidades e instituições realmente comprometidas com transformações concretas em benefício da sociedade globalmente considerada. Já é momento da Odontologia amadurecer social, técnica e politicamente, dando seu salto definitivo do individual para o coletivo e assumindo, também, sua parcela de responsabilidade no combate aos caóticos índices epidemiológicos constatados em todas as regiões do País. A 1ª Conferência foi uma semente inicial plantada neste sentido.

Apesar dos avanços que se teve no final da década de 80 com a 8ª CNS e com a Constituição ter garantindo o direito à saúde, o início da implantação do SUS se depara com um governo neoliberal que protela a 9ª CNS, a qual vai ocorrer 6 anos depois, em 1993. Paralelamente ocorreu a 2ª CNSB e seu relatório posiciona-se:

Deixando claro a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida. Igualmente entenderam os presentes, que a Revisão Constitucional pela qual a maioria congresso trabalha se concretizada, significará um duro golpe nas conquistas obtidas na atual Constituição. Situando também o agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais, foi responsabilizado os Governos nos diferentes níveis por esta situação por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social.

O avanço na 2ª CNSB foi à aprovação das diretrizes e estratégias para a política de saúde bucal, considerando a saúde bucal como direito de cidadania. Preconizaram que a inserção da saúde bucal no SUS deveria desmistificar programas verticais que não levavam em consideração a realidade social.

Em 1994 é lançado o Programa Saúde da Família (PSF), um marco na reorganização da atenção primária em saúde no Brasil. Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. De acordo com Escorel (2007) esse programa passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

O Ministério da Saúde recomendava que cada ESF fosse composta por uma

equipe multiprofissional composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No âmbito da abrangência, cada ESF se caracterizava pela cobertura de uma área onde residissem no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas e os agentes comunitários de saúde (ACS) deveriam ser implantados na proporção de 1 ACS para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas.

Levando em consideração a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população brasileira em 28 de dezembro do ano de 2000, por meio da Portaria nº. 1.444 o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do PSF.

Foram também estabelecidos os tipos de Equipe de Saúde Bucal (ESB): modalidade tipo I composta por um cirurgião dentista e atendente de consultório odontológico e equipe modalidade II um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Estabelece a proporção de uma ESB para duas Equipes de Saúde da Família ou uma ESB para uma média de 6.900 habitantes.

Os municípios começaram implantar a ESB a partir de abril de 2001 após a publicação da portaria 267GM/MS de março de 2001 que regulamentou a portaria

1.444GM/MS de dezembro de 2000 e aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF. Em dezembro de 2002, existiam 16.698 ESF e 4.261 ESB implantadas sendo que, 4.161 municípios possuíam ao menos uma ESF e destes, 2.302 possuíam ESB, em média a cada 4 ESF implantadas existia 1 ESB.

No ano seguinte em 2003 tem se outro cenário político no Brasil, com a eleição do Presidente Lula a saúde bucal passa a compor a agenda política, e ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. O relatório final da 3ª CNSB afirma:

Que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País [...] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas Inter setoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República (BRASIL, 2003).

No ano de 2003 conclui-se o 2º levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira que serviu de subsídio para a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Os resultados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004) comprovaram a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos, à gravidade como também a precocidade da perda dentária, e que o edentulismo se constitui como um problema de saúde pública persistente no Brasil.

No estado do RS o quadro epidemiológico não difere do encontrado no Brasil em 2003. O levantamento, realizado no RS, intitulado “SB/RS - Condições de Saúde Bucal na População do RS”, entre 2000 e 2003, em que foram coletados dados das diferentes macrorregiões mostrou que, aos 12 anos, o índice dente cariado perdido e obturado (CPO-D) foi de 2,4, representando uma gravidade “moderada”, quando comparada à meta preconizada pela OMS, que é de CPO-D médio menor ou igual a 3,0 no ano 2000 (SES-RS, Porto Alegre, 2003).

Baseado no perfil epidemiológico traçado SB Brasil 2003 o Ministério da Saúde lançou em 2004 a PNSB, conhecida como Brasil Sorridente. O grande avanço na PNSB, certamente, ter como um dos princípios norteadores das ações a organização da atenção 2ª e 3ª no campo da saúde bucal e criar os Centros de Referências de Especialidade Odontológica (CREO) que surge com a seguinte orientação:

(...) serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (PNSB, 2004).

Com a inserção da ESB na ESF e com a PNSB se teve uma ampliação e organização da rede assistencial de saúde bucal. No entanto ainda a falta de acesso esbarra em inúmeras questões: número de serviços inadequados para a demanda da população, barreiras no acesso como o horário de funcionamento do serviço, acolhimento do usuário, processo de trabalho não organizado numa lógica de integralidade e vínculo.

4.2. Avaliação em Saúde e o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ)

A avaliação de políticas, programas e projetos vem tendo bastante relevância nos últimos anos. De acordo com Nogueira (2002) a reorganização do processo de planejamento do Governo Federal, formalizado com a publicação do Decreto nº 2.829, de 29 de outubro de 1998, a avaliação passa a ser fundamental, tendo em vista que o mesmo estabelece que para a elaboração e execução do Plano Plurianual (PPA) e dos Orçamentos Geral da União (OGU), a partir do exercício do ano 2000 passou a ser estruturada em programas orientados para a consecução dos objetivos estratégicos estabelecidos para o período do plano.

A avaliação em saúde é uma prática que vem ganhando campo nos últimos anos embasado em um vasto campo teórico a fim de avaliar políticas, programas e ações no campo da saúde. Segundo Champagne e col. (2011) a avaliação no campo da saúde demanda um quadro conceitual integrador, resultante de um “casamento forçado de tradições muito diferentes: a da avaliação econômica, a da avaliação baseada na epidemiologia e ainda da avaliação oriunda das ciências sociais”.

Nesse contexto de monitorar e avaliar as ações na atenção básica no ano de 2011, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, posteriormente revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Esse programa foi resultado de discussão e pactuação entre as três esferas de gestão, com o objetivo geral de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ foi uma estratégia importante adotada pelo MS a fim de promover melhorias na atenção básica. Trouxe inovações em relação ao financiamento, pois o repasse do recurso está condicionada aos resultados alcançados pelos municípios e suas equipes, ou seja, induzido a melhoria das práticas do trabalho (HEIDER e col., 2012).

A amplitude do programa pode ser conferida em suas diretrizes:

- I - definir parâmetro de qualidade, considerando se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e

os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

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

VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos (HEIDER e col., 2012).

O PMAQ é constituído por quatro fases “que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB” (BRASIL, 2011 d). As fases são processo dinâmico, potente ferramentas para qualificação do cotidiano do trabalho, portanto, não se pretende apenas “apresentar o desenho estático das fases do PMAQ”.

A primeira fase do PMAQ consiste:

(...) na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os Gestores Municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social” (BRASIL, 2011, p.18).

A adesão ao PMAQ, tanto no 1º quanto no 2º ciclo, ocorreu de forma voluntária pela gestão municipal com o MS, antecedida de uma negociação entre a gestão municipal e as equipes de saúde participantes. No entanto, no 1º ciclo, ocorreram algumas limitações quanto às adesões e contratualizações, sendo estabelecido um teto percentual de adesão correspondente a 50% das equipes de saúde da família do município e a adesão da equipe de saúde bucal era realizada conjuntamente com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2011d).

No 2º ciclo do PMAQ não ocorreu limitação para a adesão, portanto se teve uma participação em elevado número das equipes. A adesão das ESB ocorreu de forma separada das ESF nesse 2º ciclo, sendo prerrogativa estar vinculada a uma ESF também aderida ao programa.

O PMAQ permitiu a adesão das equipes da atenção básicas não configuradas na lógica de organização da ESF e ESB, para isso estabeleceu um conjunto de parâmetro

considerando os núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho para a equivalência com a equipe de ESF. Nos casos em que existirem ações em saúde bucal e a adesão da EAB estiver vinculada a uma ESB, a carga horária do cirurgião-dentista deveria estar de acordo com as faixas descritas no quadro a seguir:

Quadro 1: Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas.

Soma Carga Horária mínima de Cirurgião dentista	Equivalência com ESF
40 horas	1 equipe de SF
80 horas	2 equipe de SF
120 horas	3 equipe de SF

Fonte: Manual Instrutivo PMAQ-AB, 2º ciclo.

A **segunda fase** do programa PMAQ “consiste na etapa de desenvolvimento” do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011). Ainda nessa etapa, as equipes são certificadas e, posteriormente, os municípios passam a receber recurso financeiro de acordo com o desempenho alcançado.

Vale salientar que essa fase do programa está organizado em 4 dimensões: auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. São fases entrelaçadas e essenciais para as equipes de atenção básica poder pensar e refletir de maneira crítica sobre seu processo de trabalho, momentos que configuram o pensar/agir em saúde que configuram processo de educação permanente (BRASIL, 2011).

A auto avaliação é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados, avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho, ainda segundo o AMAQ:

Os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos auto avaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados

por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que considera a pluralidade dos atores presentes promovendo um espaço privilegiado para construção do pensamento. É nesse momento que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços (AMAQ, 2012, p.13).

A **terceira fase** do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica “consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa” (BRASIL, 2011). Nessa fase é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade de todos os municípios e EABS participantes do programa.

Esse processo é conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS para desenvolver os trabalhos de campo, através da aplicação de diversos instrumentos avaliativos. Dessa forma, um grupo de avaliadores previamente selecionados e capacitados realiza a aplicação de questionários que estão organizados em três módulos, da seguinte forma:

- Módulo I - Observação da estrutura da unidade, bem como dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos;
- Módulo III - Entrevista com quatro usuários da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2012b).

A **quarta e última fase** do programa é o momento de reconstrução com a gestão municipal e as EAB, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria do acesso e da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da atenção básica (AMAQ, 2012a).

Através da avaliação externa do PMAQ-AB foi possível avaliar em dois momentos a atenção básica e as equipes de saúde bucal e parametrizadas, sendo uma excelente fonte de informação para compreendermos o acesso à saúde bucal na perspectiva do profissional de saúde e usuários.

4.3. Acesso à saúde: um olhar à saúde bucal

Os países que aspiram a um sistema de saúde de qualidade, que seja considerado um direito de cidadania, a Atenção Primária em Saúde (APS) é um arranjo assistencial fundamental (STARFIELD, 2002). Um princípio norteador da APS é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, com qualidade e resolutivos com a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo envolve questões políticas, econômicas, simbólicas, culturais e organizacionais que incidem na prática do cuidado. Segundo Travassos e Castro (2009) o acesso em saúde pode ter uma abrangência ampla quando se trata da utilização do serviço de saúde em tempo adequado para obter o melhor resultado possível ou um domínio restrito quando se refere ao grau de facilidade que as pessoas obtêm os cuidados de saúde.

Sanchez e Ciconelli (2012) fizeram uma revisão de literatura sobre o conceito de acesso e o organizaram em 4 dimensões: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade. A disponibilidade sendo a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.

Segundo os autores o poder de pagamento é a relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos, estando relacionado com a fonte de renda. Já a informação elenca como essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, pois estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

A quarta dimensão se refere à aceitabilidade que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. Portanto uma dimensão menos tangível do acesso a mais difícil de ser quantificada e detectada. A relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros, define a aceitabilidade (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

As desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços são expressão direta do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e equipamentos, distribuição

geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2009, p. 216). Para Starfield (2007) serviços adequados de atenção primária de saúde podem contribuir na redução das desigualdades sociais na saúde.

O acesso pode ser abordado pela relação entre a procura e a entrada no serviço, referindo-se às características de oferta do serviço de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2009, p.218).

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de diminuir danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Em 1998, a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio), publicada pelo IBGE em agosto de 2000, revelou que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca haviam tido acesso ao dentista, sendo que, na zona rural, esse percentual chegava aos

32%, onde o acesso ao dentista era inédito para 10,3 milhões de brasileiros. Além desse quadro alarmante, a desigualdade socioeconômica revelava sua “força”, pois, entre os brasileiros cujo rendimento familiar mensal era superior a vinte salários mínimos, apenas

4,1% nunca tinham ido ao dentista, quando comparados aos 36,5% que nunca foram ao dentista e que apresentavam um rendimento mensal de até um salário mínimo. Na região nordeste, a proporção dos que nunca tinham visitado o dentista atingiu 43% entre aqueles com até um salário mínimo de renda (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Os resultados da PNAD 2008 reforçam a associação entre a renda e o acesso aos cuidados de saúde bucal sendo que 98,0% das pessoas pertencentes à classe de rendimento mensal domiciliar per capita de mais de 5 salários mínimos já tinham se consultado com um dentista, para aqueles na classe de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo o percentual foi de 71,3%.

Considerando um período mais curto, um ano antes da entrevista, para a realização da consulta, estes percentuais ficam ainda mais distantes 67,2% para a classe de maior rendimento enquanto que para os integrantes da menor rendimento, apenas 28,5% consultaram com um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Outra pesquisa realizada por Sobrinho e col. (2015) a partir das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012, na qual foram avaliados 1.522 consultórios odontológicos, correspondendo 75,38% das 2.019 unidades que compõem as unidades de saúde do estado de Pernambuco, concluiu que ainda existem dificuldades para marcação de consulta com o cirurgião dentista, relatado pelos usuários entrevistados.

O mesmo autor enfatiza que a operacionalização de uma rede de cuidados em saúde bucal ainda é falha, pois se constatou uma indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários para os serviços especializados, para a solicitação de prótese dentária, para os casos suspeitos de câncer de boca e para o atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais.

Em estudo realizado por Cassotti e col. (2014) no qual fez uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB 1º ciclo em relação às características de acesso relatados pelos usuários que informaram “ter marcado atendimento” foram entrevistados 65.391 indivíduos destes 45,1% conseguiram marcar atendimento na Unidade de Saúde, 34,5% não conseguem marcar atendimento e 20,4% nunca procuram serviço odontológico.

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta em suas diretrizes a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a ordenação e coordenação do cuidado em saúde bucal. Na perspectiva de que a produção do cuidado traga consigo a proposta de humanização no desenvolvimento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a complexidade da atenção primária em saúde são necessários dispositivos capazes de facilitar e ampliar o acesso como o acolhimento. Trata-se de uma tecnologia de cuidado e na organização do processo de trabalho da equipe que permite a qualificação do cuidado apresentando alta relevância e centralidade neste contexto (BRASIL, 2013a). A PNAB (2011) em seus princípios e diretrizes traz o acolhimento como um dispositivo no qual os serviços de saúde devem se organizar para assegurá-lo, assumindo a função central no cuidado ao usuário (BRASIL, 2012).

4.4. Acesso à saúde bucal na perspectiva do acolhimento e coordenação do cuidado

Acesso e acolhimento articulam-se valorizando o cuidado como central no processo de trabalho na APS (SILVA; ROMANO, 2015), garantido através da atenção básica, como porta de entrada preferencial no acesso à saúde, sendo a principal provedora da atenção através do acolhimento e coordenação do cuidado ao longo da rede de atenção.

Segundo Medeiros e col. (2010) o acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário, e o acolhimento como sinônimo de dar atenção, estar aberto à escuta, valorizar as queixas e identificar necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, o que não significa necessariamente garantir a resolução completa dos problemas trazidos pelos usuários, sendo o acolhimento uma tecnologia na potencialização do acesso.

Franco e col. (1999) propõem uma discussão de acolhimento como uma diretriz operacional pautada nos princípios do SUS para atender a todas as pessoas que procuram os serviços, garantindo a universalidade no acesso; buscar a reorganização do processo de trabalho, capaz de produzir a escuta qualificada, além de melhorar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A coordenação do cuidado corresponde ao processo desencadeado através do primeiro atendimento agendado e/ou espontâneo, o qual garantiria o acesso a todos demais serviços necessários a integralidade da saúde bucal do usuário. De acordo com o AMAQ (2013), a AB é responsável pela coordenação do cuidado dos usuários em qualquer ponto da RAS, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada através de canais de comunicação entre os profissionais da rede, para a referência e contra referência em tempo oportuno. Podemos então afirmar que a garantia do acesso se dá através da coordenação do cuidado efetivada na rede de atenção à saúde.

A coordenação do cuidado é condição necessária para alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto das necessidades de saúde dos usuários (ALMEIDA, P.F e col., 2017). Segundo Bousque e col. (2017) da mesma forma que não existe RAS sem APS robusta capaz de coordenar o cuidado, a APS não consegue exercer seu papel sem um sólido arranjo regional e uma articulação virtuosa entre os três entes federados.

4.5. Saúde Bucal no Estado do RS

As equipes de Saúde Bucal (ESB) buscam ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de medidas individuais e coletivas, mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Na ESF, a ESB deve estabelecer a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população (PES, 2016).

Em 2013 estavam registradas o equivalente a 1.890 equipes de saúde bucal no estado, perfazendo uma cobertura de SB de 47,70% (distribuídas entre ESB, equipes equivalentes e equipes parametrizadas) (DATASUS, 2017). O ministério da saúde considera para cálculo de cobertura de saúde bucal diferentes composições de equipes, as considerando como equivalentes para cada 40h cadastradas no CNES de 1 cirurgião dentista correspondendo a uma equipe parametrizada ou equipe equivalente de saúde bucal.

Atualmente o RS conta com uma cobertura estimada populacional de 57,87% de ESF, correspondendo a 2.045 ESF implantadas, contando com 74,22% de cobertura estimada populacional de atenção básica. Conta com 1.021 equipes de saúde bucal, correspondendo uma cobertura estimada populacional de ESB a 29,26%, sendo 918 ESB modalidade I e 57

ESB modalidade II, presentes em 372 municípios. Sendo 44,32% cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica, no mês de setembro de 2017 (e-GESTOR AB, 2017).

A ESF e a ESB são modelos prioritários e preconizados para a atuação na Atenção Básica, tanto no governo federal como em nosso estado. O RS co-financia a atenção básica através da Política Estadual de Incentivo para a Qualificação da Atenção Básica (PIES), estabelecida pela Resolução nº 151/15 – CIB/RS e com custeio mensal as ESFs e ESB, através da PORTARIA Nº 405/2016, que estabelece:

Art. 1º - O repasse do incentivo financeiro para Estratégia de Saúde da Família (ESF) será no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por mês cada equipe de ESF com Equipes de Saúde Bucal e no valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês para cada equipe de ESF sem Equipe de Saúde Bucal implantadas nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º - Para equipes de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) será repassado um acréscimo de 50% a mais no valor do incentivo (PORTARIA Nº 405/2016).

Através da RESOLUÇÃO Nº 503/13 – CIB/RS instituiu um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, estabelecendo incentivo financeiro para Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal Modalidade II, com a presença de pelo menos um Técnico de Saúde Bucal, no qual os municípios recebem um repasse adicional mensal de R\$ 1.000,00 (um mil reais) por ESB modalidade 2.

Outro componente importante na rede de atenção à saúde bucal são os centros de especialidade odontológicos (CEOs), sendo o tratamento oferecido nos CEOs uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde:

- R\$ 60 mil para CEO Tipo I (3 cadeiras odontológicas), com custeio mensal R\$ 8.250 mil;

- R\$ 75 mil para CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas), com custeio mensal R\$ 11.000 mil;

- R\$ 120 mil para CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas), com custeio mensal R\$ 19.250 mil (DAB,2017);

Os CEOs são estabelecimentos que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal e têm por objetivo garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS. O RS apresenta baixa cobertura populacional de CEO, contando com 32 serviços habilitados, sendo 22 CEO tipo 1, 9 CEO tipo 2 e 1 CEO tipo 3. Verifica-se uma distribuição não homogênea entre as Regiões de Saúde, inclusive com ausência de CEO em algumas delas. Visando à melhoria do acesso e da qualidade dos CEO o MS propôs o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de especialidades odontológicas (PMAQ-CEO), através da Portaria nº 261/2013. No 1º Ciclo de Avaliação do PMAQ-CEO, o RS teve adesão de 97%. Em 2016, a adesão para o 2º ciclo (2015-2016) manteve este percentual (PES, 2016).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo exploratório, realizado a partir dos dados do 2º ciclo Programa de Melhoria e Acesso a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2012/2013 no Estado do Rio Grande do Sul, tendo os micros dados da avaliação externa disponibilizados publicamente em 2016, avaliando o acesso à saúde bucal nas dimensões do acolhimento e coordenação do cuidado na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Foram utilizadas as informações dos micros dados da avaliação externa no 2º ciclo, Módulo IV "Entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal e verificação dos documentos da Unidade Básica de Saúde" disponíveis no link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

A amostra foi composta pelas equipes que aderiram voluntariamente ao 2º ciclo do PMAQ, constituindo em uma amostra de 652 (34,5%) do total de ESB no estado, naquele período. Constituídas por 536 ESB Modalidade I, composta por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); 162 ESB na Modalidade II, constituída por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, TSB e ASB ou outro técnico em saúde bucal; e 14 ESB parametrizadas (equipes equivalentes).

O componente "DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho" foi escolhido por evidenciar a organização da prática assistencial das equipes participantes do PMAQ. Os profissionais responsáveis pelas informações do módulo foram os cirurgiões dentistas integrante das respectivas ESBs.

Todas as questões referentes ao acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho foram avaliadas, de forma independente, para escolha das questões que melhor caracterizam o acesso em saúde bucal. A escolha das questões finais, utilizadas para avaliar o acesso em saúde bucal, foi realizada após o consenso entre os pesquisadores, considerando as questões relacionadas às informações da organização do processo de trabalho (atenção à saúde na UBS, coordenação e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde – RAS, população de referência, planejamento das ações e organização da agenda nas Equipes de Saúde Bucal).

O acesso em saúde bucal foi analisado na perspectiva do acolhimento e coordenação do cuidado, no qual as 33 questões, selecionadas intencionalmente, foram então classificadas

em dois eixos:

- a) “Acolhimento e Gestão do processo de trabalho”, composto por 16 questões;
- b) “Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à saúde”, composto por 17 questões.

O conjunto de perguntas escolhidas foi reavaliado para confirmar ou adequar à classificação nas dimensões do acolhimento ou da ordenação e coordenação do cuidado. Na sequência, foram atribuídos valores para as cédulas de respostas, as quais receberam uma numeração, de acordo com a respostas obtidas, variando de "0" ou "1", para as respostas “sim” ou “não”, considerando o tipo de resposta "adequada ou desejável". As assertivas em cada questão gerou uma variável dicotômica de acordo com suas opções de repostas e critérios estabelecidos. Os itens foram classificados como “desejável”, sendo atribuído um (1) ponto, ou “insuficiente”, quando não adequado, para o qual foi atribuído o valor zero (0). Os itens compostos por mais de uma questão ou quando tratou-se de questões com respostas múltiplas, o valor 1 foi atribuído para o conjunto de respostas desejáveis, sendo atribuído 0 para as demais. Para as questões que necessitavam comprovação documental, foi considerado como ótimo a existência do documento.

Segue um exemplo representando a dimensão acesso, na perspectiva do acolhimento respondida pelo profissional de saúde:

Quadro 2: quantificação dimensão acesso, perspectiva acolhimento (profissional de saúde).

Pergunta	Resposta	Pontuação
VI.13.1 GA agenda de atendimento clínico da equipe garante: (Só poderá marcar uma opção de resposta)	Apenas consultas odontológicas agendadas (resposta "insuficiente" ou não desejável foi atribuído o valor 0)	0
	Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea (resposta "insuficiente" ou não desejável foi atribuído o valor 0)	0
	Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda (resposta "desejável" foi atribuído o valor 1)	1

Fonte: autoria própria

Após a pontuação individual das questões, foi obtido um escore final para os eixos “Acolhimento e Gestão do processo de trabalho” e “Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à saúde”, composto da soma das assertivas, gerando um escore final com pontuação variando de 0 a 16 e de 0 a 17, respectivamente para cada eixo.

Nos quadros 3 e 4 são apresentadas as perguntas selecionadas para cada eixo. Foram coletados os dados do instrumento da avaliação externa referentes ao acesso na dimensão do acolhimento, no módulo II: Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal, das seguintes questões:

Quadro 3: Variáveis para análise do acesso na dimensão do acolhimento (adaptado do instrumento de avaliação externa 1º e 2º ciclo PMAQ-AB).

PMAQ-AB 2º ciclo	
Módulo II Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde	Perguntas selecionadas
VI. 7 Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe	VI. 7_1ET VI. 7_1_2ET VI. 7_2ET VI. 7_4GE VI. 7_5ES
VI. 9 Participação da equipe de saúde bucal de agenda compartilhada com a UBS, cumprimento de metas pactuadas com o município e construção de uma agenda considerando a vulnerabilidade do território.	VI. 9_1 VI. 9_2_1 VI. 9_2_2 VI. 9_2_5
VI.11 Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal	VI. 11_1ET VI. 11_2
VI.13 Organização da agenda de atendimento clínico da equipe garante consultas odontológicas de demanda espontânea, agendadas e agendamento de retorno para a continuidade do tratamento.	VI.13.1GE VI.13.3 VI.13.5 VI.13.6 VI.13.7GE
VI.16 Relação de procedimentos oferecidos: A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	VI.16.5GE

Variáveis de escolha para avaliação do acesso na rede de saúde bucal na dimensão da ordenação e coordenação do cuidado pelas ESBs:

Quadro 4: Variáveis para análise do acesso na saúde bucal na dimensão da ordenação e coordenação do cuidado pelas ESBs (adaptado do instrumento de avaliação externa 1º e 2º ciclo PMAQ-AB).

PMAQ-AB 2º ciclo	
Módulo IV Entrevista com profissional da ESB	Perguntas selecionadas
VI. 14 Equipes de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde	VI. 14_1ET VI. 14_2ET VI. 14_2_1 VI. 14_2_2 VI. 14_2_3 VI. 14_2_4 VI. 14_4ET VI. 14_4_1ET

VI. 15 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	VI. 15_1 VI. 15_2
VI. 16 Realização de tratamento concluído	VI. 16_6
VI. 17 Busca ativa de suspeita de CA boca	VI. 17_1GE
VI. 19 Atendimento infantil (até 5 anos) pela ESB	VI. 17_2 VI. 17_3 VI. 19_1GE
VI. 20 Realização de visita domiciliar pela ESB e procedimentos realizados durante a visita	VI. 19_1_1GE VI. 20_2_1ET
VI. 21 A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária? Poderá marcar mais de uma opção de resposta	VI. 20_3_1 VI. 20_3_2 VI. 21_1ES
VI. 22 A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam	VI. 22_2GE VI. 22_2_1GE VI. 22_3GE VI. 22_3_1GE

Os resultados dos dados referentes ao acolhimento e coordenação do cuidado de cada ESB foram então comparados de acordo com os fatores condicionantes, selecionados para análise da distribuição da amostra, compostos pelas seguintes variáveis:

- 1) Estrato municipal, considerando diferenças nas características sociais, econômicas e demográficas utilizando-se os critérios estabelecidos pelo Departamento de Atenção Básica (http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php);
- 2) Divisão territorial de saúde, composto por sete macrorregiões de saúde, as quais correspondem a um agregado de municípios próximos geograficamente, referência nas ações de planejamento na constituição nas linhas de cuidado, distribuição dos serviços de referência de média e alta complexidade em saúde;
- 3) Taxa de cobertura de saúde bucal para os municípios que compõem a amostra referentes ao ano de 2013.
- 4) Proporção de equipes de SB em relação ao número de equipes de SF, considerado como ideal a proporção 1 ESB para 1 ESF.
- 5) Taxa de urbanização, como uma medida relativa da abrangência territorial, avaliada pela percentagem da população da área urbana em relação à população total do município.
- 6) presença de Centros de especialidades odontológicas (CEOs), referências para o

atendimento secundário odontológico, na continuidade do cuidado realizado pela rede de AB. Foram considerados como parâmetros de referência para análise as ESB que tinham pelo menos 1 CEO de referência.

Os dados referentes aos fatores condicionantes foram coletados nos sítio do IBGE e Ministério da Saúde, referente ao mesmo período da avaliação do PMAQ.

Os dados foram avaliados através de metodologia quantitativa, com análise exploratória descritiva. Os resultados foram organizados gráficos e tabelas, utilizando a distribuição de frequência e percentual de distribuição em relação ao total de ESB, para as variáveis e dimensões estudadas. A análise bivariada, foi realizada através dos testes *Qui-quadrado* para as variáveis categóricas ou Coeficiente de Correlação de *Pearson* ou *Spearman* para variáveis contínuas com distribuição normal ou assimétricas, respectivamente. Para avaliar as diferenças entre dois ou mais grupos entre variáveis contínuas foram utilizados o *Teste t-Student* e *ANOVA*. As variáveis preditoras para as dimensões de acesso e coordenação do cuidado foram avaliadas utilizando análise multivariada, através do modelo de regressão multinomial.

Como produto dessa dissertação, os resultados obtidos foram apresentados na forma de um artigo científico, com o título provisório: **PROMOÇÃO DO ACESSO EM SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DAS ESB PARTICIPANTES DA AVALIAÇÃO EXTERNA NO 2º CICLO PMAQ-SB/RS.**

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ-AB constitui-se em uma proposta ambiciosa pelo desafio de avaliar a atenção básica em todo o território brasileiro, sendo inovador na medida em que vai *in loco* coletar informações sobre as unidades de saúde e o processo de trabalho dos profissionais, como também, por trazer a proposição de pagamento de acordo com o desempenho alcançado, no âmbito da atenção básica, além de monitorar os indicadores de saúde pactuados e fomentar a “cultura” da avaliação e monitoramento do trabalho, através do instrumento da auto avaliação (AMAQ).

A avaliação externa do PMAQ-AB possibilita analisar algumas interfaces e perspectivas da APS, por tratar-se de uma pesquisa de mestrado e um limite temporal, este trabalho fez o recorte nas equipes de saúde bucal e seus processos de trabalho, na unidade federativa do RS, sendo o tema de interesse da pesquisadora como servidora na secretaria estadual de saúde neste estado. Optou-se pelo 2º ciclo em razão de ser uma representação expressiva das ESB que aderiram, com potencial em oferecer informações sobre o processo de trabalho na âmbito da saúde bucal.

Através deste trabalho foi possível observar que, quando presentes, as ESB oferecem acesso através do acolhimento, garantindo consulta de retorno na agenda. As equipes tendem a trabalhar com o equilíbrio entre as consultas agendadas e a demanda espontânea, como também realizam no mínimo 12 procedimentos clínicos odontológicos na maior parte da amostra analisada. Por outro lado, quando as ESB possuem CEOs de referência conseguem garantir a continuidade do cuidado, quando não presentes constituem em uma barreira no acesso.

Ao analisar o acesso em saúde bucal na dimensão “acolhimento e gestão do processo de trabalho” e “coordenação do cuidado na rede de atenção em saúde” associado aos fatores predisponentes: macrorregião de saúde, estrato municipal, indicador de cobertura de saúde bucal para o ano de 2013, proporção ESB para EqSF, taxa de urbanização, cobertura dos CEOs foi possível inferir que os fatores condicionantes foram mais significativos para a dimensão coordenação do cuidado na RAs. Sendo os municípios em melhor estrato, com referência para atenção secundários, com melhor taxa de urbanização e localizados em região

metropolitana apresentaram melhores chances para a garantia na continuidade do cuidado. Assim, expressando uma inequidade no acesso entre os municípios do RS.

A barreira de acesso da continuidade do cuidado foi correlacionada, na análise bivariada, ao grau de urbanização e fatores sociais, econômicos e geográficos dos municípios. Conforme se pode observar nesse estudo, os municípios com maior taxa de urbanização, localizados num melhor estrato e com maior porte populacional foram os que relataram ter CEOs de referência. Essas desigualdades no acesso em saúde deveriam ser consideradas na ampliação da média complexidade em saúde bucal no RS ou ainda, para realizar novas contratualizações para regiões sem condições de constituir CEOs. De acordo com Almeida e col., (2011) a coordenação se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção.

Esse fato pode ser observado também na baixa frequência das variáveis selecionadas para o componente da coordenação do cuidado na rede de atenção neste estudo, no qual

66,9% das ESB têm por parte da rede de saúde oferta de consulta especializada e apenas

52,5% tem regulação disponível para encaminhar os usuários para as especialidades odontológicas, constitui-se em um fator determinante a presença ou não do CEO para o acesso à atenção secundária. Para Bousque e col., (2017) a APS com papel central na RAs é uma relação de mão dupla sendo necessário um sólido arranjo regional e oferta de serviços de atenção secundário e terciário.

Embora a amostra deste trabalho seja composta por ESB que aderiram voluntariamente e representa parte apenas das equipes de saúde bucal, faz um retrato significativo das ações deste campo em nosso estado. Em um momento, que com a nova PNAB, se faz muito necessário estar munidos de conhecimento técnico para continuar fazendo a disputa política de políticas públicas tão importante a nossa população.

Ainda não existem elementos suficientes para avaliar o impacto da nova PNAB, mas infelizmente ela não traz a obrigatoriedade da ESB as EqSF, ficando a cargo de o gestor municipal definir a composição de equipe que pretende implantar. Diante de isso o nosso devir como trabalhador em saúde é estar atento e fortalecido para fazer a defesa da saúde bucal na atenção básica a fim de garantir a dignidade no cuidado à saúde das pessoas.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.F e col. Estratégias Para Consolidação Da Coordenação Do Cuidado Pela Atenção Básica. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017.
- BOUSQUAT ET. AL. Avaliação da Atenção Primária á saúde. In: Tanaka Y.O. **Avaliação em saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017,p.101-114.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AMAQ. Brasília, 2012 a. (Série B. Textos básicos de saúde).
- BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [Online] 2004 a. Citado em: 10 de julho de 2016. Acessado: www.saude.gov.br/bucal.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um Panorama da Saúde no Brasil - acesso e utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco proteção à Saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- BRASIL. Lei Nº 6050. Diário oficial da união, Brasília, 24 de maio de 1974.
- BRASIL. Lei Nº 8080/90. Diário oficial da união, Brasília, 19 de setembro de 1990. Acessado em: 30 de maio de 2016. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- BRASIL. Ministério da saúde, Secretária da Atenção Básica, Departamento da Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados principais (1ª Ed) – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNDA) 1998: acesso e utilização de serviços de saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267GM/MS de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: 2011 d. Disponível em: [HTTP://dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf](http://dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004c.
- BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P. A. Estatística Básica. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.
- BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P. A. Estatística Básica. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.
- CAMPOS GW. Tratado de Saúde Coletiva. 2ªedição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- CARVALHO, C. e ORLANDO, S. Futuro Incerto. Rev. Brasil de Odontol. , v.58, n.1 , p.36-39, 2001.
- CASSOTTI E. e col. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate: Rio de Janeiro, V. 38, n. especial, P. 140-157, out 2014.
- CHAMPAGNE, F e col. A avaliação no campo da saúde: conceito e métodos. In BROUSSELLE A. e col.Org(s). Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p .41-60.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Dados estatísticos. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicoeconsultas/Dadosestatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=RS&municipio> . Acesso em: 01 jul. 2016.
- Departamento de Atenção Básica (DAB), Ministério da Saúde. Centro de Especialidades Odontológicas. Disponível em :HTTP://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo, acessado em 05 de out. de 2017.
- Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Acessado em :<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFr.def>. Em 25 de setembro de 2017.
- e-GESTOR AB. Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml> . Acessado em: 12 de Novembro de 2017.
- ESCOREL. S et. al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil . Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
- FIGUEIREDO, M.F.; FIGUEIREDO, A.M.C. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: um quadro de referência teórica. São Paulo: Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo: IDESP, n. 15, 1986.
- FLEURY.S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência e Saúde Coletiva, 14 (3): 743-752 2009.
- FRANCO, T; BUENO,W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, vol.15,n.2,pp.345-353,1999.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.Habicht JP, Victora CG e Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal Epidemiology. 1999; 28(1): 10-8.
- HEIDER. A. P; ALLAN. N.; FLORÊNCIO A.R.O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.

Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Acessado em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos metodologia científica. 4.ed.

MALHOTRA, N. Pesquisa de marketing. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MEDEIROS FA, SOUZA GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Aceptación en una Unidad Básica de Salud: enfoque en la satisfacción del usuario. Rev Salud publica. 2010, 12: 402- 13

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você –acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a. (Série B. Textos básicos de saúde).

NARVAI P.C E FRAZÃO P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NARVAI, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 113 p.

NOGUEIRA. V, M. Avaliação e monitoramento de Políticas e Programas Sociais - revendo conceitos básicos. Revista Katálysis, 2002; 5 (2) : 141-152.

PES: Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira A.C. Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003, p. 28-49.

ROCHA. H e DELAMARO. D. Abordagem metodológica na análise de dados de estudos não paramétricos, com base em respostas em escalas ordinais. Gestão da Produção, Operações e Sistemas – Ano 6, nº 3, p. 77-91, Jul. - Set. 2011.

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. Ver. Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Projeto SB-RS, 2003. Condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em : <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1165251197671a%20LEVANTAMENTO%20EPIDEMIOLOGICO%20DAS%20CONDI%20C7%20DES%20DE%20SA%20DA%20BUCAL%20DA%20POPULA%20C3O%20DO%20RS-%20SB%20RS.pdf>

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. PORTARIA Nº 405/2016. Porto Alegre, 24 de novembro de 2016. Disponível em : <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170439/13053951-1489672012-405-das.pdf>. Acessado em : 10 de outubro de 2017.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 105, P.363-374, ABR-JUN 2015.

SOARES. C. L. M. A Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. 2014. 179f. Tese (Doutorado em Saúde

Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia. 2014.

SOBRINHO, J.E.L. e col. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ- AB 2012 em Pernambuco. Saúde debate, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organizações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Pathways of influence on equity in health. Social Science e Medicine 64: 1.355-1.362,2007.

SULBRANDT. J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos atuais. In: Kliksberg B (org.). Pobreza: um a questão inadiável. Brasília: ENAP; 1994.

TRAVASSOS. C; CASTRO. M.S.M. Determinantes e Desigualdades de Saúde. In: GIOVANELLA. L.(Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, 215-246p.