



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE-
MESTRADO

**A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL E O ACESSO À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE A PARTIR DO 3º CICLO DO PMAQ-AB**

Moângela Alves de Sousa Alencar

João Pessoa-PB

2021

MOÂNGELA ALVES DE SOUSA ALENCAR

**A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL E O ACESSO À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE A PARTIR DO 3º CICLO DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Ana Maria Gondim Valença
Ana Flávia Uzêda dos Santos
Macambira

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A368o Alencar, Moângela Alves de Sousa.

A organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal e o acesso à atenção odontológica na atenção básica : análise a partir do 3º ciclo do PMAQ-AB. / Moângela Alves de Sousa Alencar. – João Pessoa, 2021.
154 f. : il.

Orientação: Ana Maria Gondim Valença, Ana Flávia Uzeda dos Santos Macambira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Organização do trabalho - Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde bucal. 4. Avaliação em saúde. I. Valença, Ana Maria Gondim. II. Macambira, Ana Flávia Uzeda dos Santos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 331:61(043)

MOÂNGELA ALVES DE SOUSA ALENCAR

**A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL E O ACESSO À ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE A PARTIR DO 3º CICLO DO PMAQ-AB**

BANCA EXAMINADORA



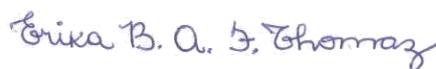
Prof^a. Dr^a. Ana Maria Gondim Valença
Orientadora
(UFPB)



Prof^a. Dr^a. Ana Flávia Uzeda dos Santos Macambira
Orientadora
(UFPB)

Prof^a. Dr^a. Juliana Sampaio
Membro interno
(UFPB)

Prof. Dr. Hemilio Fernandes Campos Coelho
Membro interno
(UFPB)



Prof^a. Dr^a. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Membro externo
(UFMA)



Prof^a. Dr^a. Ane Polline Lacerda Protasio
Membro externo
(UFPB)

A minha mãe, Geralda, por todo amor, incentivo e dedicação para
que eu conquiste meus sonhos.

A minha tia, Maria Zélia, por me acolher e apoiar em cada passo da
minha caminhada acadêmica.

Ao meu amado, Jael, pelo companheirismo e apoio em todos os
momentos da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me dar a oportunidade de continuar a viver, depois da cirurgia de descompressão medular em 2017, e mesmo com as limitações físicas, nunca me deixou desistir, me deu força, coragem e persistência para conquistar este sonho.

Ao meu amado, **Jael Almeida**, por toda dedicação, companheirismo, paciência e pelo apoio nessa caminhada.

A minha mãe, **Geralda Alves**, por ser meu alicerce, pelo esforço e incentivo para eu ter uma educação digna e pudesse conquistar os meus sonhos.

Ao meu amado pai, **Máscimo Sousa** (*in memoriam*) por todo amor e ensinamentos.

A todos os meus familiares, **tios e primos** que sempre me apoiaram e acreditaram em meu potencial.

A minha orientadora **Ana Maria Gondim Valença**, por me orientar na elaboração deste trabalho, compartilhando do seu saber. Por toda confiança, apoio, compreensão e paciência nessa jornada. Tenho muita admiração, respeito e carinho pela senhora.

A minha orientadora **Ana Flávia Uzêda dos Santos Macambira**, pela disponibilidade e os momentos de ensinamentos.

A **Ane Polline Lacerda Protasio**, por ser sempre prestativa e pelas valiosas contribuições para elaboração deste trabalho.

Aos meus queridos colegas de mestrado, em especial a **Mayara, Yullia e Luiz** pela amizade e companheirismo, por compartilhar momentos de aprendizado e trocas de experiências.

Ao grupo de pesquisa NEO (**Núcleo de Estudos em Odontopediatria**) pelo acolhimento e momentos de aprendizado.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde pelos ensinamentos que tanto contribuíram para minha formação.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste sonho.

O sucesso nasce do querer, da
determinação e persistência em se chegar a
um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo,
quem busca e vence obstáculos, no mínimo
fará coisas admiráveis.

(José de Alencar)

RESUMO

Com o intuito de fortalecer a institucionalização da avaliação na Atenção Básica (AB), foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) cujo objetivo era induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. Do seu lançamento, em 2011, até o encerramento, em 2019, foram realizados três ciclos do programa. Diante do exposto, o presente estudo de desenho observacional, analítico e transversal, de base secundária, teve como objetivo avaliar se a organização do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB) da AB está associada ao acesso e o tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil, e nas suas regiões, a partir dos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB. Foram utilizadas variáveis do Módulo III - referente às respostas dos usuários e do Módulo VI – referente às respostas dos profissionais das eSB. Realizou-se análise descritiva e análise inferencial por meio da regressão logística, para o desfecho 1 “acesso” e regressão logística multinomial, para o desfecho 2 “tempo de espera” categorizado em 1 - espera de até 5 dias (referência); 2 - espera de 6 à 15 dias; 3 - espera de mais de 15 dias. Foram estimadas as Razões de Chances (*Odds Ratio* – OR) para ambos os desfechos ($\alpha=0,05$). Como resultados do estudo, verificou-se que, no Brasil, 40,9% dos usuários da AB conseguem marcar atendimento com o dentista na UBS, com uma média de 10 dias de espera para consulta. Nas regiões, o Nordeste é a região em que mais usuários conseguem marcar atendimento com o dentista (48,4%) e o menor tempo de espera para consulta (6,5 dias), enquanto no Sudeste menos usuários conseguem marcar atendimento com o dentista (33,9%) e com maior tempo de espera (17,2 dias). Os modelos de regressão demonstram características do processo de trabalho das eSB associadas ao acesso e tempo de espera (categorias 2 e/ou 3) do usuário à atenção odontológica, no Brasil e suas regiões. Para o Brasil, os fatores foram: A eSB atuar em duas eAB (OR=0,45/ OR=1,53; OR=2,46) e em três eAB (OR=0,32/ OR=1,88; OR=4,34); eSB não receber apoio do CEO (OR=1,62/ OR=0,86; OR=0,76); eSB não realizar ações articuladas com outros equipamentos do território (OR=0,80/ OR=1,17; OR=1,24); eSB não reservar vaga na agenda para o usuário mostrar resultados de exames (OR=0,69/ OR= não significativo ; OR=1,60); eSB não realizar acolhimento conjuntamente com a eSB (OR=0,87/ OR=1,40; OR=1,70); o principal fluxo para acolhimento não ser por meio de fila e ficha (OR=1,09/ OR=1,59; OR=1,85) e não ser pela classificação de risco/vulnerabilidade (OR=0,83/ OR=1,23; OR=1,35); a principal forma de marcação da 1ª consulta odontológica é no próprio consultório (OR=0,86 /OR=1,10; OR= não significativo) e pelo agente comunitário (OR=0,83 /OR=1,08; OR=0,85); a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento ser pela eSB agendar e depois comunicar ao usuário (OR=1,29/ OR= não significativo; OR=0,79). Devido a diversidade do Brasil, observa-se que estes fatores diferem entre as regiões geográficas. Conclui-se que características do processo de trabalho das eSB comprometem o acesso do usuário à atenção odontológica demandando ações que possibilitem a reorganização do processo de trabalho visando à ampliação do acesso e a melhoria das ações e serviços de saúde.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Atenção primária à saúde, Saúde bucal, Avaliação em saúde.

ABSTRACT

In order to strengthen the institutionalization of evaluation in Primary Care (known by the acronym AB), the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (known by the acronym PMAQ-AB) was created, whose objective was to induce the expansion of the access and the improvement of the AB's quality. From its launch in 2011, until its closure, in 2019, three cycles of the program were carried out. Given the above, the following observational, analytical and cross-sectional, secondary-based study aimed to assess whether the organization of the work process of the Oral Health teams (known by the acronym eSB) of the AB is associated with the access and the user's waiting time to oral health services in Brazil and in its regions, based on data from the 3rd cycle of the PMAQ-AB. Variables from Module III were used - referring to the users' answers and from Module VI - referring to the eSB professionals' answers. Descriptive analysis and inferential analysis were performed using the logistic regression for outcome 1 "access" and multinomial logistic regression for outcome 2 "waiting time" categorized in 1 - waiting up to 5 days (reference); 2 - waiting 6 to 15 days; 3 - waiting for more than 15 days. Odds Ratio (OR) were estimated for both outcomes ($\alpha=0.05$). As results of the study, it was found that, in Brazil, 40.9% of AB users manage to make an appointment with the dentist at the UBS, with an average of 10 days of waiting for an appointment. In the regions, the Northeast is the region in which more users are able to make an appointment with the dentist (48.4%) and the shortest waiting time for an appointment (6.5 days), while in the Southeast, fewer users are able to make an appointment with the dentist (33.9%) and with longer waiting time (17.2 days). The regression models demonstrate characteristics of the eSB's work process associated with access and waiting time (categories 2 and/or 3) of the user to the dental care, in Brazil and its regions. For Brazil, the factors were: the eSB act in two eAB (OR=0.45/ OR=1.53; OR=2.46) and in three eAB (OR=0.32/OR=1.88; OR=4.34); eSB not receiving support from the CEO (OR=1.62/ OR=0.86; OR=0.76); eSB does not carry out actions articulated with other equipment of the territory (OR=0.80/ OR=1.17; OR=1.24); eSB does not reserve a place in the schedule for the user to show exam results (OR=0.69/ OR= not significant,; OR=1.60); eSB does not perform host together with the eSB (OR=0.87/ OR=1.40; OR=1.70); the main flow for reception is not through queue and sheet (OR=1.09/OR=1.59; OR=1.85) and not be by risk/vulnerability classification (OR=0.83/ OR= 1.23; OR=1.35); the main form of booking the 1st dental appointment is in the office itself (OR=0.86 /OR=1.10; OR= not significant) and by the community agent (OR=0.83 /OR=1.08; OR=0.85); the main way to schedule an appointment for continuity of the treatment is by the eSB to schedule and then communicate to the user (OR=1.29/OR= not significant; OR=0.79). Due to the diversity of Brazil, it is observed that these factors differ between geographic regions. It is concluded that characteristics of the eSB's work process compromise the user's access to dental care, demanding actions that enable the reorganization of the work process, aiming at expanding access and improving health actions and services.

Keywords: Work process, Primary health care, Oral health, Evaluation in health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Seleção da amostra do desfecho 1 “acesso”.....	62
Figura 2 - Seleção da amostra do desfecho 2 “tempo de espera”.....	63
Figura 3 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística do Brasil.....	74
Figura 4 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Norte.....	75
Figura 5 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Nordeste.....	77
Figura 6 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Centro-Oeste.....	78
Figura 7 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Sudeste.....	79
Figura 8 - Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Sul.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: Na rotina de trabalho a equipe de Saúde Bucal atua em uma equipe de Atenção Básica (acesso).....	88
Gráfico 2 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: Na rotina de trabalho a equipe de Saúde Bucal atua em uma equipe de Atenção Básica (tempo de espera)	90
Gráfico 3 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos (acesso).....	92
Gráfico 4 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos (tempo de espera)	94
Gráfico 5 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (acesso)	96
Gráfico 6 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (tempo de espera)	97
Gráfico 7 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A eSB garante atendimento agendado/programado (tempo de espera) ..	101
Gráfico 8 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal avalia a necessidade de saúde do usuário (acesso)	104
Gráfico 9 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal realiza atendimento clínico (acesso)	105
Gráfico 10 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal realiza atendimento clínico (tempo de espera)	106
Gráfico 11 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: No	

	acolhimento, a equipe de Saúde Bucal escuta a queixa do usuário (tempo de espera)	107
Gráfico 12 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: Os profissionais da equipe de Saúde Bucal fazem acolhimento conjuntamente com a equipe de atenção Básica (tempo de espera)	109
Gráfico 13 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha (acesso)	111
Gráfico 14 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha (tempo de espera)	113
Gráfico 15 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por ordem de chegada (tempo de espera)	114
Gráfico 16 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento é por meio da identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (acesso)	116
Gráfico 17 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento é por meio da identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (tempo de espera)	117
Gráfico 18 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: Os profissionais da equipe de Saúde Bucal que fazem acolhimento foram capacitados para identificar usuários com maior risco e ou vulnerabilidade (acesso)	119
Gráfico 19 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na recepção da UBS (acesso)	121
Gráfico 20 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na recepção da UBS (tempo de espera)	123
Gráfico 21 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na	

	recepção da UBS (tempo de espera)	124
Gráfico 22 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é no final da consulta anterior (acesso)	126
Gráfico 23 -	Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é no final da consulta anterior (tempo de espera) ..	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos que avaliaram o processo de trabalho nas equipes de Atenção Básica e/ou equipes de Saúde Bucal	45
Quadro 2 - Matriz de classificação ou tabela de contingência	52
Quadro 3 - Variáveis independentes ou explicativas	60
Quadro 4 - Variáveis dependentes ou desfechos	61
Quadro 5 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística do Brasil ..	74
Quadro 6 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística da região Norte	76
Quadro 7 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística da região Nordeste	77
Quadro 8 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística da região Centro-Oeste	78
Quadro 9 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística da região Sudeste	79
Quadro 10 - Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística da região Sul	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência das respostas dos usuários das UBS participantes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, no Brasil e suas regiões, sobre conseguir marcar atendimento com dentista na UBS. Brasil, 2017-018.....	66
Tabela 2 -	Distribuição de frequência das respostas dos usuários das UBS participantes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB no Brasil e suas regiões, sobre o tempo de espera para consulta com o dentista na UBS. Brasil, 2017-2018.....	67
Tabela 3 -	Distribuição da frequência das respostas dos profissionais da eSB participantes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB no Brasil e suas regiões, segundo as variáveis sobre atuação, apoio matricial, organização da agenda e oferta de ações da eSB. Brasil, 2017-2018.....	69
Tabela 4 -	Modelo de Regressão Logística ajustado, considerando os dados do Brasil e de suas regiões geográficas.....	72
Tabela 5 -	Modelo de Regressão Logística multinomial, considerando os dados do Brasil e suas regiões geográficas.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à saúde
AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
AIS	Ações Integradas em Saúde
D	<i>Deviance</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de saúde bucal
MLG	Modelos Lineares Generalizados
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ration</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PIAS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PROVAB	Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHC	Cobertura Universal de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	17
1.1JUSTIFICATIVA.....	19
2.OBJETIVOS.....	21
2.1 GERAL.....	21
2.2ESPECÍFICOS.....	21
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 ATENÇÃO PROMÁRIA À SAÚDE.....	22
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	26
3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	32
3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA	37
3.5 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).....	40
3.6 ESTUDOS SOBRE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	44
3.7 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA.....	48
3.7.1 Função logística.....	48
3.7.2 Estimação de parâmetros em um modelo de regressão logística.....	50
3.7.3 Seleção de variáveis.....	50
3.7.4 Interpretação dos parâmetros	50
3.7.5 Verificação da qualidade do modelo logístico ajustado.....	51
3.7.6 Curva ROC.....	53
3.8 REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL	54
4.METODOLOGIA.....	59
4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	59
4.2 VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	59
4.3 ANÁLISE DE DADOS	61

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
5.RESULTADOS.....	65
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	65
5.2 ANÁLISE INFERENCIAL DESFECHO 1.....	71
5.2.1 Modelos de regressão logística	71
5.2.2 Modelo logístico para o Brasil e regiões geográficas.....	71
5.2.3 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para o Brasil	74
5.2.3 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para região Norte	75
5.2.4 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para região Nordeste	76
5.2.5 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para a região Centro-Oeste.....	77
5.2.6 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para a região Sudeste	78
5.2.7 Verificação da qualidade de ajuste do modelo para a região Sul.....	79
5.3 ANÁLISE INFERENCIAL DESFECHO 2.....	81
5.3.1 Modelos de regressão logística multinomial.....	81
5.3.2 Modelo multinomial para a Brasil e regiões geográficas.....	81
6. DISCUSSÃO.....	85
6.1 TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERENCIAL	87
6.2 APOIO MATRICIAL A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	92
6.3 ORGANIZAÇÃO DA AGENDA E OFERTA DE AÇÕES	96
6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	133
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
7.1 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	135
REFERÊNCIAS.....	137
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	154

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um dos principais pilares para a organização de um sistema de saúde, sendo compreendida como modelo assistencial que visa a racionalização e organização dos recursos básicos e especializados, com objetivos de manter e promover a saúde da população atuando como coordenadora, ordenadora e a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Nos documentos do Ministério da Saúde e secretarias de saúde, bem como nas produções científicas brasileiras a APS veio sendo institucionalizada como Atenção Básica à Saúde (AB). Desde então, o termo Atenção Básica em Saúde (AB) vem sendo empregado para assinalar a atenção à saúde em seu primeiro nível de cuidado, sendo considerada o único nível de atenção à saúde presente em todos os municípios brasileiros (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A Atenção Básica (AB) corresponde ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

A expansão da APS no Brasil se deu por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo a estratégia prioritária para a consolidação e reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com os princípios do SUS. A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolubilidade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017a).

A ESF tem como um de seus pilares a reorganização dos processos de trabalho das equipes da AB. Em um cenário de busca pelo fortalecimento da Atenção Básica, torna-se evidente a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde, bem como os resultados alcançados em relação à organização do serviço e do processo de trabalho das equipes, e os possíveis impactos produzidos na saúde e no bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

No Brasil, nos últimos anos, foram implementadas inúmeras iniciativas e experiências de avaliação da Atenção Básica cuja apenas finalidade foi de alcançar melhorias

nas políticas de saúde do país (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008; PINTO-JÚNIOR et al., 2015).

Entre as iniciativas mais recentes, destaca-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O principal objetivo do programa foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade que pudesse ser comparável nos níveis nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde. O PMAQ-AB busca mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir transparência dos processos de gestão do SUS, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2017b).

O PMAQ-AB foi organizado a partir de um amplo processo de mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas do governo, com o intuito de provocar mudanças tanto nos serviços de saúde quanto no processo de trabalho das equipes que aderiam ao programa, por meio de mecanismos que envolviam processos de análise, avaliação, intervenção e certificação, vinculando o repasse de recursos de acordo com o desempenho alcançado pelas equipes na implantação e no desenvolvimento dos aspectos avaliados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB, no decorrer da realização de seus ciclos de avaliação externa, tem contribuído para melhoria da qualidade dos serviços da Atenção Básica, por meio do fortalecimento de aspectos como infraestrutura e recursos materiais, planejamento, autoavaliação, organização dos registros das ações em saúde e organização do trabalho, com ampliação da valorização profissional por meio dos incentivos financeiros por desempenho (FEITOSA et al., 2016; BERTUSSO et al, 2018).

Nos últimos anos, avaliar o processo de trabalho das equipes na AB tem sido foco de estudos, pois fornece informações imprescindíveis na identificação dos problemas existentes e para promoção de melhorias no desenvolvimento das ações. Alguns autores, como Nunes et al. (2014), Cruz et al. (2014), Medrado et al. (2015), Fontana, Lacerda e Machado (2016), Baldani et al. (2018), Siqueira et al. (2019), Vieira-Mey et al. (2020), Silva et al. (2021), Ribeiro et al. (2021) e Santos et al. (2021), ao analisarem o processo de trabalho na AB, constataram existir diferenças no nível de organização do trabalho entre os diferentes locais e que as equipes realizam planejamento e autoavaliação, no entanto, não de maneira institucionalizada. Tais

estudos apontam, ainda, que ocorreram melhorias no processo de trabalho das equipes, mas ainda existe a realidade do trabalho fragmentado e verticalizado, persistindo barreiras organizacionais.

A avaliação do processo de trabalho em saúde, e mais especificamente do trabalho realizado pelas equipes de Saúde Bucal a partir do instrumento PMAQ-AB, que visou a verificação dos efeitos das políticas de saúde e que foi desenvolvido com a colaboração das próprias equipes da Atenção Básica, torna-se essencial para caracterizar a qualidade das ações e do cuidado em saúde desenvolvidos. Conseqüentemente, seus resultados fornecem informações importantes à tomada de decisão voltada para a reorganização do processo de trabalho das equipes no nível primário de atenção, visando a ampliação da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários.

Nesse sentido, parte-se da hipótese de que o nível de organização do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB) está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal e também ao tempo de espera para atendimento com o dentista, na Atenção Básica.

Com base neste contexto, este estudo se propõe a avaliar como a organização do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB), pode estar associada ao acesso e ao tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil, e em suas regiões geográficas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Pesquisas com enfoque na avaliação da organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica são importantes, pois representam um passo imprescindível para o conhecimento de suas reais limitações, carências e potencialidades de atendimento as necessidades de saúde dos usuários, nos espaços onde são produzidos.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde criou o PMAQ-AB como parte componente de suas diretrizes direcionadas a Atenção Básica, com o intuito de avaliar os serviços de saúde e a gestão do cuidado em sua dimensão organizacional através da avaliação do processo de trabalho das equipes, cuja finalidade é promover um padrão de qualidade em saúde comparável nos três níveis governamentais.

Partindo do princípio de que a organização do processo de trabalho das equipes impulsiona o fortalecimento da Atenção Básica, através da expansão e qualificação das ações

desenvolvidas, estudos dessa natureza, podem contribuir na oferta de novos subsídios de análise e de reflexão sobre o processo de trabalho na AB. Os resultados obtidos neste estudo, que visa a avaliação do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal na AB, poderão contribuir para caracterizar o nível de organização deste processo, ao mesmo passo que irá produzir informações necessárias para subsidiar a adoção de novas abordagens de planejamento para reorganização das práticas profissionais em saúde bucal, e o processo de tomada de decisão da gestão.

A análise dos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, proposta neste estudo, por meio de uma abordagem nacional e regional, contribuirá na identificação de possíveis diferenças regionais quanto a características do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal associadas ao acesso e ao tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal. Neste contexto, os achados deste estudo poderão apoiar a promoção de melhorias na organização do trabalho no cotidiano das eSB, na perspectiva de ampliação do acesso do usuário à atenção em saúde bucal considerando as potencialidades e fragilidades evidenciadas em cada cenário regional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar se a organização do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Básica está associada ao acesso e o tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil e nas suas regiões, a partir dos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar, características do processo de trabalho que estão associadas ao acesso aos serviços de saúde bucal.
- Identificar, características do processo de trabalho que estão associadas ao tempo de espera para consulta.
- Identificar as fragilidades, dificuldades e potencialidades do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como componente-chave dos sistemas de saúde mundial, por fundamentar-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O Reino Unido foi um dos primeiros países a utilizar Atenção Primária à Saúde, com a elaboração do Relatório Dawson, em 1920, em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema de saúde britânico, que passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Em várias partes do mundo, nos anos 60, ocorreram amplos debates que foram fundamentais para modificar a orientação dos cuidados em saúde, que naquela época eram predominantemente centrados no modelo biomédico e que foram a base para a produção de um novo paradigma (baseado na construção de um modelo de atenção à saúde com ênfase na participação comunitária, incluindo “práticas populares do cuidado” e a democratização do conhecimento médico), que foi formalizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão. Nesta ocasião, foi aprovada a Declaração de Alma-Ata, que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, as ações dos diferentes atores internacionais deveriam diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países com a finalidade de atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000 (BRASIL, 2002).

Três ideias-chave permeiam a Declaração de Alma-Ata: “Tecnologia apropriada”, referindo-se a métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente compatíveis com as necessidades comuns das pessoas. “Crítica ao elitismo médico”, com desaprovação da especialização excessiva da classe médica de países desenvolvidos e incentivo pela democratização do conhecimento, com treinamento de profissionais de saúde e participação da comunidade nas ações de cuidado em saúde, em todos os países. E finalmente

a declaração conceitua a “saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico”, promovendo melhoria das condições de vida (CUETO, 2004).

Com a emergência da criação do conceito de APS e sua articulação com a meta de saúde para todos no ano 2000, foram reconhecidos princípios que inicialmente eram baseados na noção de “cuidados primários” e que passaram a basear-se na noção de “atenção primária”, fazendo corresponder à primeira o conteúdo de ações técnicas e à segunda um nível de atenção ou a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, caracterizando uma inflexão histórica no conceito de APS (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Nessa concepção, a APS seria responsável por desempenhar o papel de porta de entrada do sistema de saúde de forma a ordenar e racionalizar este sistema, promovendo a expansão de cobertura da assistência médica e da assistência sanitária às populações urbanas e rurais, para alcançar a “saúde para todos no ano 2000”(MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Conceito de Cuidados Primários de Saúde na Declaração de Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam 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, 1978, p 1-2).

Contudo, entre os organizadores da Conferência de Alma-Ata, havia quem defendesse a APS em um sentido integral e abrangente e outros que a defendiam em um sentido seletivo, resultando nos anos posteriores em uma sequência de embates entre as duas concepções de atenção primária (LITSIOS, 2002). Apesar das divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, com a perspectiva de torna-lo mais equitativo, apropriado e efetivo para responder as necessidades de saúde dos usuários, aproximando dessa forma a Atenção Primária em Saúde dos demais serviços do sistema de Saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

No ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio (1979), intitulada Saúde e População de Desenvolvimento. Nessa ocasião foi defendida a noção seletiva da APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza (CUETO, 2003; MAGNUSSEN; JOLLY, 2004). O objetivo desses programas financiados por organismos internacionais era promover a extensão de cobertura a partir da oferta de ações de baixa densidade tecnológica em países pobres (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

A noção seletiva surgiu da crítica feita a concepção de atenção primária integral defendida em Alma-Ata. Esta versão seletiva da APS recebeu muitas críticas, principalmente relacionadas as características de programas verticais não relacionadas as causas sociais do processo saúde-doença, além de defenderem a adoção de medidas paliativas e do distanciamento da noção de uma atenção integral às demais ações desenvolvidas em um sistema de saúde (WARREN, 1988). A tensão discursiva entre a noção seletiva e a integral percorreu toda a década de 1980 com reflexos nos anos 90. O resultado dessa polêmica foi favorável as concepções da atenção primária seletiva (FAUSTO; MATTA, 2007).

Após a realização da primeira conferência em Alma-Ata, nas décadas seguintes, de acordo com as mudanças no contexto de saúde mundial, foram realizadas outras conferências internacionais de saúde, confirmando a meta “saúde para todos nos anos 2000”. No total, já foram realizadas sete iniciativas de apoio a APS, cinco de caráter internacional, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cada uma delas tem desempenhado importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre a APS ao mesmo tempo que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2002).

Ao longo do tempo a compreensão do termo “atenção primária à saúde” sofreu modificações nos diferentes contextos políticos e socioeconômicos com predomínio de uma concepção mais abrangente ou de uma concepção restrita e seletiva. Estas diferentes concepções estão relacionadas às particularidades dos sistemas de saúde, implementados sob interesses conflitantes existentes (CASTRO; MACHADO, 2012).

Com o objetivo de promover a renovação da Atenção Primária, as agências internacionais de saúde – Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana

da Saúde (OPAS) impulsionaram um movimento com a finalidade de alcançar os Objetivos do Milênio acordados na ONU. Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a OPAS aprovou uma resolução que adotou uma série de recomendações para fortalecer a APS. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS,2005), no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção, prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Em 2008, com o objetivo de descrever como estava a situação da saúde no mundo, em dimensão ampliada, os argumentos políticos do texto de 2005, a OMS lança um documento intitulado “*La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*”. O texto levanta uma reflexão sobre as diferenças entre o contexto mundial em que se realizou a Conferência de Saúde em Alma-Ata (1978) e o atual e traz um discurso apoiado em dados científicos, sobretudo epidemiológicos, no qual são apresentadas evidências quanto aos benefícios de tomar a Atenção Primária à Saúde como enfoque (OMS, 2008).

Autores como Ribeiro et al. (2007) assinalam que a noção de APS apresenta algumas indefinições. Tais indefinições não derivam de uma suposta carência conceitual, mas do fato de a APS ser um campo de disputas em que se enfrentam diferentes orientações políticas, econômicas e sociais traduzidas em diversos modos de idealizar o processo saúde-doença, os direitos sociais e o papel do Estado na produção e manutenção dos serviços públicos (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Para Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde, representando o primeiro nível de atenção, de forma a satisfazer as necessidades de saúde individual e da coletividade. A autora sugere que ações da APS devem se apoiar nos eixos estruturantes, denominados atributos essenciais para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Em 2018, frente a um contexto internacional com políticas de austeridade e ameaças à democracia, ao comemorar os 40 anos da Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da Organização Mundial de saúde (OMS), do UNICEF e o governo do Cazaquistão, realizou-se a Conferência Global sobre à Atenção Primária à saúde, em Astana, cujo propósito seria renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (*universal health*

coverage - UHC) e os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OMS, 2018; GIOVANELLA et al., 2019).

De acordo com Giovanella et al. (2019), a Declaração de Astana, não supera a de Alma-Ata, quanto aos princípios de justiça social e da concepção de uma APS integral, inseparáveis do desenvolvimento econômico e social. A ênfase da cobertura universal em saúde (UHC), pode comprometer a abordagem integral da APS e limitar o acesso neste nível de atenção, como também a integralidade da atenção no tocante à promoção, prevenção, atenção especializada e hospitalar, ou seja, refere-se a uma abordagem seletiva de APS, com um pacote de serviços e medicamentos. A abordagem integral da APS nos moldes de Alma-Ata, com seus elementos de promoção da saúde, equidade frente aos determinantes sociais, é imprescindível para garantir o direito à saúde (HONE; MACINKO; MILLET, 2018; GIOVANELLA et al., 2019).

Desde o lançamento da definição de APS em Alma-Ata, até a atualidade, tem ocorrido muitos debates pelo mundo sobre a implantação de uma assistência à saúde abrangente ou seletiva. No Brasil, ações em saúde, com características semelhantes a APS, já vinham sendo desenvolvidas pelo país, desde o início dos anos 1900, assunto que será abordado no próximo tópico.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as primeiras experiências em APS são anteriores à Conferência de Alma-Ata. Desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 que propunham ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde, até a atualidade, tem sido vistas várias tentativas de consolidação da APS. Vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções distintas (LAVRAS, 2011). Na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de saúde Pública (SESP), cujas ações desenvolvidas eram direcionadas às doenças infecciosas e carências com intervenções curativas e preventivas (MENDES, 2012).

Em 1960, foram criados os programas dos Departamentos de Medicina Preventiva com integração docente-assistencial, vinculados às faculdades de medicina. As experiências propriamente ditas de APS ganharam maior expressão em meados da década de 1970, com a implantação dos serviços de saúde municipais que utilizavam novas formas de organização da atenção em saúde (FAUSTO, 2005).

A noção de Atenção Primária à Saúde (APS) divulgada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi bem aceita pelo Brasil, que se manifestou favoravelmente a adoção de estratégias para ampliação da atenção a população com a apresentação da “Formulação de estratégias com objetivo de alcançar saúde para todos no ano 2000: princípios básicos e questões essenciais”. Em 1980, com o processo de redemocratização no país foram criados vários projetos que antecederam o SUS, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), Programas de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUDS), que buscavam melhorar a atenção e racionalizar a assistência (MANGUEIRA, 2016).

Contudo, o marco nas propostas de mudanças na saúde, ocorreu em 1986, em Brasília, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da criação do SUS. Na década de 1980, o Brasil avançou no sentido da reforma sanitária sob os princípios da universalização, da equidade no acesso e da integralidade das ações dos serviços de saúde, refletindo o contexto de redemocratização do Estado. Surgem experiências inovadoras nos sistemas locais de saúde e algumas propostas ganharam visibilidade nacional, tornando-se exemplos de modelos bem-sucedidos (Cidade Saudável, Defesa da Vida, SILOS, Distritos Sanitários, Vigilância à Saúde), influenciando a organização da atenção à saúde nos diversos municípios e regiões brasileiras (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Com a Constituição Federal de 1988, a concepção ampliada da saúde, passa a ser assegurada no artigo 196. O artigo 198 traz a definição do Sistema Único de Saúde (SUS), como sendo uma rede regionalizada e hierarquizada com suas diretrizes baseadas na descentralização, integralidade e a participação social; e seus princípios: universalidade, equidade, igualdade da assistência à saúde e a resolutividade dos serviços (BRASIL, 1988). A partir da Constituição de 1988, o Brasil, passa por importantes mudanças na política nacional de APS e por investimentos na ampliação do acesso à saúde, principalmente em meados da década de 90 (CASTRO; MACHADO, 2010; MANGUEIRA, 2016).

O Ministério da Saúde brasileiro por meio de sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes. Para tanto, utilizaremos neste estudo APS (BRASIL, 2017a).

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social, sendo complementadas pela aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). As mudanças relacionadas à Atenção Básica foram impulsionadas com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), programas que atuaram como estratégias prioritárias para o fortalecimento da Atenção Primária nos municípios brasileiros (MANGUEIRA, 2016).

Ao Programa Saúde da Família (PSF) é atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde no âmbito do SUS propondo-se a promover a extensão da cobertura e ampliação do acesso, como também, a reorganização da prática assistencial, com vistas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população assistida (“PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”, 2003).

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade orientadora e organizativa do sistema de saúde, por buscar respostas para as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. A ESF baseia-se em princípios norteadores da prática em saúde centrada na pessoa/família, o vínculo com o usuário, integralidade e coordenação da atenção, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O modelo da ESF preconiza que a família seja o centro do cuidado. A família precisa ser entendida a partir do meio em que vive e das relações ali produzidas, com o objetivo de torná-la autônoma e independente a partir da compreensão de seus aspectos sociais, culturais, sanitários, econômicos, funcionais e organizacionais (SILVA; GIOVANELLA; MAINBUORG 2014).

As características principais da Estratégia Saúde da Família (ESF), são de um trabalho coletivo, em equipe, de caráter multiprofissional, com definição de território, população adscrita, cadastramento e acompanhamento da população da área de abrangência (ESCOREL et al., 2007).

A rápida expansão da Estratégia Saúde da Família teve como ponto forte a extensão da rede de assistência da Atenção Básica sob a gestão municipal e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, contudo, eram evidenciados problemas existentes no âmbito do SUS que dificultariam o desenvolvimento das ações da ESF, como distribuição de recursos apropriados, disponibilidade de profissionais capacitados e a implantação de um sistema de referência para os demais níveis de complexidade (CASTRO; MACHADO, 2012).

Com o objetivo de superar as fragilidades ainda existentes do sistema de saúde brasileiro, os gestores do SUS assumem o compromisso público para construção do Pacto Pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS. A proposta era dar ênfase as necessidades de saúde da população, através da definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do Sus e o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais para o desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, em 2006, foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a partir da Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. O objetivo prioritário da PNAB era a expansão e consolidação da AB, com ênfase na qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias para promover a organização da atenção à saúde no país, de acordo com as diretrizes da Atenção Básica e do SUS (BRASIL, 2006).

Com vistas à promoção da melhoria da qualidade dos serviços ofertados na Atenção Básica, em 2011, foi editada a Portaria N° 2.488, de 21 de outubro, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários (PACS) (BRASIL, 2012a).

A PNAB (2011) atualizou conceitos e introduziu novos elementos, entre eles as Redes de Atenção à Saúde. Outros modelos de equipes, como para a abrangência de populações brasileiras diversificadas (população ribeirinha e fluvial), a equipe de Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde foram inclusões importantes desse processo de revisão da política para a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde (BRASIL, 2011). Posteriormente à segunda edição da PNAB, houveram propostas como o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), o Requalifica UBS,

o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM), com a finalidade de avaliação de serviço, qualificação da estrutura física e do processo de trabalho através de ofertas educacionais, provimento e fixação de profissional, aliado ao apoio institucional do MS ao conjunto dos estados e municípios (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

É consenso que nos últimos anos houve avanços perceptíveis na descentralização de recursos e atribuições de gestão, na ampliação do acesso e na oferta de serviços. No entanto, para Paim (2018) existe na atualidade, um esforço negativo e obscuro, que é perceptível por campanha de desmonte do serviço, cuja finalidade é um retrocesso da consolidação política e orçamentária do SUS, situação percebida e agravada após a aprovação do congelamento dos recursos financeiros por vinte anos, através da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016).

Atualmente está em vigor a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017), aprovada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para a organização da Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017a). A nova PNAB traz possíveis implicações para o modelo assistencial da ESF, pois o componente multiprofissional é enfraquecido pela possibilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) poder atuar com apenas um ACS e equipes de Atenção Primária (eAP) sem apoio do ACS, descaracterizando a função deste profissional. Introdução de novas equipes com carga horária mínima de 10 horas semanais; mudança no financiamento por meio do PAB variável; extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas iniciativas poderão conduzir a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade da ESF a desaparecer em curto período de tempo (GIOVANELLA et al., 2020).

Entre as modificações introduzidas na PNAB 2017, destacam-se em um breve inventário, alguns mecanismos da nova política que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras. A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à Saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

No cenário atual, outro ponto que merece destaque é a mudança do modelo de financiamento federal da APS, por meio da implantação do Previne Brasil, que traz alterações significativas com o fim do PAB fixo, PAB variável e PMAQ-AB, com implantação de uma nova forma de cálculo por capitação, considerando pessoas cadastradas e não equipes cadastradas, constituindo forte ameaça ao modelo de atenção da ESF. A avaliação de desempenho por meio do PMAQ-AB, com transferência de recursos financeiros para a APS, de 2011 à 2019, contribuiu na implantação de novas equipes, reforma, ampliação e construção de novas UBS, além de melhorias na ampliação do acesso e qualidade da atenção. A descontinuidade do PMAQ-AB e a nova proposta de financiamento pode agravar a instabilidade e o planejamento dos gestores municipais quanto à organização e à oferta dos serviços da APS (MELO et al., 2019).

O programa Previne Brasil foi instituído em novembro de 2019, por meio da Portaria 2.979, adotando a captação como critério para financiamento da APS. Desta maneira, o financiamento da APS deixa de ser universal e passa ser restrito à população cadastrada pelos municípios. Diante deste cenário, esta nova política pode implicar na qualificação dos serviços, na universalidade, e no direcionamento das ações da APS, bem como, contribuir para o retrocesso das conquistas históricas na saúde conseguidas pelo SUS por meio da ESF (MASSUDA, 2020).

Nesta perspectiva, torna-se importante enfatizar que, no Brasil, a ideia de sistema universal, com APS abrangente e integral, foi impulsionada pelo movimento da reforma sanitária, e a concepção ampliada de saúde passa a ser assegurada pela Constituição de 1988 com a criação do SUS. Como abordado anteriormente, mudanças na atenção básica foram sendo desenvolvidas com a implantação de programas que visavam a reorganização do sistema e ampliação do acesso, com destaque para a ESF e, com vistas a adequar as normas para o desenvolvimento da AB no país, foi aprovada a PNAB (2006), política que passou por duas revisões - PNAB (2011) e PNAB (2017). E, no contexto atual, o novo modelo de financiamento da APS, por meio do Previne Brasil, trouxe propósitos restritivos que podem comprometer a abrangência da APS e, conseqüentemente, o cuidado da população, por favorecer o desenvolvimento de uma atenção seletiva. Estas mudanças impactam diretamente na forma de organização do processo de trabalho na APS, assunto que será abordado no tópico a seguir.

3.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Na teoria marxista sobre o trabalho, a atividade humana, no processo de trabalho, atua transformando o objeto sobre o qual opera por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos. De acordo com Marx os elementos componentes do processo de trabalho, são: a atividade adequada a um fim (próprio trabalho), a matéria a que se aplica o trabalho, o (objeto de trabalho) e os meios de trabalho, o (instrumental de trabalho) (MARX, 1987; MALTA; MERHY, 2003).

No trabalho em saúde, estes instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e constituem os saberes específicos (epidemiológico, clínico dentre outros), insumos, técnicas de ação (planejamento, avaliação e controle) equipamentos (radioimagem e laboratório) e toda a tecnologia disponível, voltada para o atendimentos das necessidades em saúde (MICHIMA et al, 1997; MALTA; MERHY, 2003).

O conceito do processo de trabalho em saúde teve origem em meados da década de 1980, baseada em discussões da prática médica. A partir da análise do processo de trabalho médico, Gonçalves (1992) formulou o conceito de processo de trabalho em saúde. O conceito de processo de trabalho diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde. Concerne à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que nesse processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2005; CASTRO, 2017).

O processo de trabalho também pode ser compreendido tanto como um conceito que se refere à base técnica quanto organizacional do próprio trabalho. O sentido técnico envolve os instrumentos e as forças de trabalho. Por outro lado, existe a dimensão do próprio serviço, fundamentando tanto nas relações interpessoais entre membros de uma equipe quanto às relações com os próprios usuários coparticipes do processo saúde-doença (CARRAPATO, 2011).

O trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, segundo Merhy (2009), por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o resultado do processo deste trabalho humano é consumido no

exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Esse é realizado sobre, para e com o usuário, sujeito da mediação, transformando-o, mas, esta modificação não é material, está relacionada às alterações das condições de saúde, de sua personalidade, das atitudes e valores com relação à saúde e, especialmente, na recuperação da sua capacidade para o trabalho.

Em relação aos meios de trabalho em saúde ainda são utilizados os termos tecnologias. As tecnologias de saúde são definidas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do cuidado em saúde e são classificadas em: tecnologias leves – referem-se aos aspectos inter-relacionais entre profissional e usuário, na produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho; tecnologias leveduras – dizem respeito aos saberes estruturados como a clínica médica, a epidemiologia, o taylorismo; tecnologias duras – são as normas estruturais, organizacionais e equipamentos (MERHY, 2007).

Na perspectiva de Merhy (2009), como dito, o trabalho em saúde é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, e este se efetiva fundamentalmente por meio de tecnologias leves expressando-se como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que representa, em última instância o atendimento das necessidades de saúde, como sua intencionalidade. Assim, o trabalho em saúde é mediado por essas três dimensões no processo de cuidado e não há trabalhador em saúde que execute as ações de cuidado sozinho, o trabalho em saúde é sempre coletivo.

Nesta perspectiva, foi implantado no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorientação do modelo assistencial com enfoque na atenção primária e a reorganização do processo de trabalho em saúde (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005). À medida que o PSF veio se constituindo como modelo de atenção que busca contemplar as necessidades individuais e coletivas, propõem-se mudanças no objeto de atenção, no modo de organização dos serviços e na atuação profissional. Essa ampliação do objeto de atenção desloca-se para a família e coletividade, sendo necessária a atuação multiprofissional proposta no trabalho em equipe (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

O processo de trabalho na Atenção Básica, através das equipes de Saúde da Família (eSF), está voltado para comunidade e para grupos sociais específicos, necessitando para a sua operacionalização recursos de baixa densidade e de alta complexidade. Os recursos utilizados são de baixo custo e acrescentam instrumentos das tecnologias sociais (SOUZA; HAMANN,

2009). Além dos recursos empregados, devem ser compreendidos como partes do processo o trabalho coletivo, o acolhimento como estratégia reorganizadora, a escuta, a responsabilização, a humanização, a resolutividade, equipe multiprofissional, área adscrita, recursos materiais e humanos entre outros.

A equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar uma importante relação custo-efetividade. Deve ser composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

Considerando a necessidade de organizar os processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecendo normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica no Brasil, em 2006. Posteriormente a PNAB passou por atualizações, em 2011 e mais recentemente em 2017, estabelecendo a revisão dos princípios e diretrizes que regem a Atenção Básica no país.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais, epidemiológicas culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação.

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. As necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição e organização de ações e serviços a serem ofertados, na UBS.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado.

VIII – Promoção de atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar, destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca

ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado.

XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

O processo de trabalho na Atenção Básica se desenvolve com ênfase no indivíduo e na comunidade, através da estratégia saúde da família promove a expansão da cobertura e consolidação da AB. Nesta perspectiva, é essencial o estabelecimento de princípios e diretrizes que regem a Atenção Básica por meio de políticas como a PNAB, cujo propósito é organizar o processo de trabalho em saúde. Uma maneira de verificar a efetividade de políticas e dos serviços de saúde é por meio da avaliação e o tópico a seguir discorre sobre a avaliação dos serviços na Atenção Básica.

3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A realização de processos de avaliação na área da saúde é imprescindível para o fortalecimento da Atenção Básica, com maior qualidade na atenção e gestão, bem como na sua função ordenadora da rede de atenção à saúde. Historicamente, a estruturação de modelos assistenciais em saúde mostra uma interface com a avaliação dos serviços e programas, envolvendo a participação do Estado no desenvolvimento de políticas públicas e na utilização eficaz dos recursos financeiros (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FRANCO e MERHY, 2006; MEDEIROS, 2019).

Segundo Champagne, Hartz e Contandripoulos (2011, p. 44):

avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento que são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Vieira-e-Silva (2014, p.16) refere que avaliação em saúde consiste em um “julgamento sobre uma intervenção sanitária voltada para resolução de problemas, visando aferir seu mérito, esforço ou valor para aperfeiçoamento ou mudanças”. Neste contexto, o julgamento pode ser entendido como o resultado da aplicação de critérios e normas através da avaliação normativa ou ser resultante de um procedimento científico por meio da pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; MEDEIROS, 2019).

Tanaka e Tamaki (2012) citam que a avaliação é um importante instrumento a ser utilizado como subsídio nas tomadas de decisão da gestão em saúde, podendo aumentar a eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas e a organização dos serviços de saúde.

A avaliação é compreendida como uma intervenção capaz de promover o envolvimento de recursos e atores em torno de uma determinada finalidade, como um sistema

organizado de ação. Dessa forma, permite a visualização de ligações e diferenças entre áreas distintas como a pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CASTRO, 2017).

Com o intuito de promover a incorporação da prática avaliativa nos serviços de saúde, Donabedian (1966) desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde, através de uma abordagem avaliativa centrada na tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. O processo envolve atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os usuários. E o resultado, consiste no produto final da assistência prestada, considerando qualidade da saúde, alcance de padrões e satisfação dos usuários (MANGUEIRA, 2016).

Donabedian (1990) define a qualidade por meio da avaliação dos sete “pilares da qualidade”. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dos sete pilares, seis foram explicados na forma de atributos de qualidade pelo autor. O primeiro diz respeito à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo atributo trouxe a ideia de eficiência, que consiste na diminuição de custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas. O terceiro remete ao equilíbrio entre os custos e efeitos dos cuidados na assistência. O quarto incide na aceitabilidade do serviço conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O quinto atributo propõe a conformidade com os conceitos sociais expressos em princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis. E por fim, o autor refere-se à equidade na assistência à saúde como o último atributo (DONABEDIAN, 1990; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012; CASTRO, 2017).

No Brasil, a avaliação em saúde começou a ser considerada um objeto de interesse na década de 1980. Nesta época, dois cenários se destacaram quanto ao interesse pelas práticas avaliativas de políticas e programas de saúde no país. O primeiro foi relacionado ao autoritarismo do Estado no início dos anos 80, que se posicionou contrário à submissão das políticas sociais aos processos avaliativos. O segundo estava relacionado a pouca capacidade da sociedade civil em reivindicar por transparências políticas e melhoria na implementação de programas e serviços de saúde (FURTADO; SILVA, 2014; CASTRO, 2017).

A avaliação em saúde torna-se fundamental no suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiando a identificação de problemas e reorientando as ações e serviços desenvolvidos, avalia a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos

profissionais e mensura o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A vasta literatura no campo da avaliação tem apontado para a importância da institucionalização da “cultura da avaliação”, de modo a ultrapassar os limites puramente tecnicistas de julgamento de valor para alcançar um sentido mais prático, que contribua para a emancipação dos atores envolvidos. Neste sentido, a abordagem avaliativa deve proporcionar aos atores interessados na avaliação ampla compreensão sobre as condições do processo, os efeitos desejados e a participação ativa em seu aprimoramento (FAUSTO; MENDONÇA; GIONAVELLA, 2014).

Na década de 1990, a expansão da Atenção Básica no Brasil gerou a necessidade e o interesse pelo Ministério da Saúde em avaliar e monitorar os resultados alcançados com a organização e a provisão dos serviços de saúde, bem como avaliar o impacto deles na população, fato que impulsionou o desenvolvimento de pesquisas na área de monitoramento e avaliação em saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A avaliação entendida como base para os demais componentes da gestão, como: planejamento, execução, financiamento e regulação podem subsidiar intervenções mais efetivas em saúde, devendo ser compreendida em termos do seu papel estratégico para subsidiar processos decisórios e no aspecto tático-operacional utilizada para melhorar a capacidade organizacional da AB, favorecer a comunicação e a informação além de garantir a transparência na gestão (MEDRADO et al., 2015).

A complexidade de um sistema público que se fundamenta na universalidade do acesso, qualidade da atenção e viabilidade econômica, tem exigido dos gestores uma postura crítica e reflexiva de suas práticas. Incorporar a avaliação de maneira orgânica e sistemática na rotina das instâncias gerenciais, das equipes de saúde e dos usuários implica na construção e disseminação de uma cultura avaliativa e fortalecimento do controle social para qualificação das decisões (MEDEIROS, 2019).

Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da APS no Sistema Único de Saúde, como estratégia indutora de qualidade em saúde foi a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), contando com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) tiveram como perspectiva a avaliação interna da autogestão, protagonizada pelos

profissionais que desenvolvem a ação. Com caráter orientador, pedagógico e indutor de boas práticas em saúde, se propões a nortear a formação de diagnóstico sobre a organização e funcionamento dos serviços, com base nos princípios e diretrizes da ESF (FAUSTO; MENDONÇA; GIONAVELLA, 2014).

Esta iniciativa de institucionalização da avaliação da APS impulsionou no país o comprometimento em desenvolver ações avaliativas voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Desse modo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da iniciativa “Saúde mais perto de você”, lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), com o intuito de garantir um padrão de qualidade em saúde comparável nacional, regional e local (BRASIL, 2011).

O uso da avaliação no setor da saúde proporciona a captação de informações imprescindíveis no direcionamento das ações dos serviços de saúde, bem como na organização do processo de trabalho das equipes, na implementação de políticas e programas em conformidade com a necessidade da população. Neste contexto, com o intuito de fortalecer a importância da institucionalização da avaliação na AB o tópico a seguir discorre sobre proposições e fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

3.5 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído a partir da Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. O programa se mostrou como uma potência que busca superar alguns desafios no SUS, tais como: processos de trabalho não compatíveis com os princípios da Atenção Básica, vínculos precários, alta rotatividade de profissionais, precariedade da rede física e outros (BRASIL, 2017b).

O PMAQ-AB é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, que pretende verificar e mensurar os efeitos das políticas de saúde com o intuito de subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS, e dar visibilidade aos resultados, promovendo o acesso e qualidade aos serviços de saúde da Atenção Básica, sendo seu foco centrado nos usuários (BRASIL, 2013).

Após o seu lançamento e realização do 1º ciclo em 2011, até o encerramento em 2019, foram realizados três ciclos do programa. Em seu 1º ciclo, o PMAQ-AB contemplou a adesão de equipes de Saúde da Família e equipes de AB parametrizadas, incluindo equipes de Saúde Bucal. O 2º ciclo, iniciou em 2013 com a novidade de ampliação da adesão das equipes de Saúde da Família, equipes Parametrizadas e equipes de Saúde Bucal. Outra novidade do 2º ciclo foi a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (GOLDBAUM, 2014).

No ano de 2015, o PMAQ-AB iniciou seu 3º ciclo, que contou com a participação de todas as equipes de Saúde da Família da AB (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontravam em conformidade com a PNAB. As novidades deste ciclo foram relacionadas à revisão no desenho geral do programa; a implantação do sistema eletrônico do AMAQ e alterações no processo de certificação das equipes (BRASIL, 2015).

O PMAQ trouxe mudanças significativas ao vincular pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de Atenção Básica (eAB). Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo. Além disso, o PMAQ é uma pesquisa avaliativa de tipo normativa, que adota, como eixo, elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e à utilização, participação e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012b).

A avaliação do PMAQ é feita por equipe de Saúde da Família. Avalia o acesso à implantação de dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção às linhas de cuidado priorizadas. O programa pode ser considerado como uma resposta de garantia ao acesso a Atenção Básica, pois está presente em uma das portarias da APS no “projeto” de reestruturação da rede com foco no acesso, culminando em uma nova Política Nacional de Atenção Básica, abrindo as portas do serviço (FONTENELLE, 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; GARNELO et al., 2014; CASTRO, 2017).

Para o 1º e 2º ciclos o PMAQ-AB apresentou a mesma organização estrutural de seu instrumento de avaliação, seu arranjo se dava em quatro fases que se complementavam, formando um ciclo. As fases que compreendiam o programa eram: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação/recontratualização que caracterizava o processo contínuo e início de um novo ciclo, após a certificação das equipes (BRASIL, 2017b).

Em um novo formato, após revisão instrumental, o 3º ciclo do PMAQ-AB foi estruturado em três fases e um eixo estratégico de desenvolvimento. As fases que compreendem o programa são: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização. O eixo estratégico transversal de desenvolvimento compondo um ciclo contínuo, consiste em um conjunto de ações empreendidas pelos profissionais com intuito de promover movimentos de mudança nos espaços de atuação (BRASIL, 2017b).

1. Fase: Adesão – De caráter voluntário, pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

O eixo estratégico transversal ocorre simultaneamente a todas as fases do PMAQ-AB, evidencia-se, principalmente, após a adesão, compõe-se pelo envolvimento coletivo da equipe no processo avaliativo. Configura-se como um conjunto de ações que subsidiarão o processo de tomada de decisões, para implementação de mudanças que assegurem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Está organizado em cinco dimensões: **Autoavaliação; Monitoramento dos Indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional** e a **Cooperação Horizontal**.

a) Autoavaliação: É o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar mudanças na equipe, através da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Deve utilizar o AMAQ com o propósito de gerar reflexões críticas sobre o processo de trabalho, e a matriz de intervenção, para que se possam botar em prática ações que visem a resolução dos problemas e melhoria na prestação dos serviços de saúde.

b) Monitoramento: dos Indicadores e padrões de qualidade.

c) Educação Permanente: Estratégia utilizada para promover a consolidação da Atenção Básica, reorientação do modelo de atenção e o aprimoramento das práticas em saúde. Um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

d) Apoio Institucional: função gerencial que visa a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.

e) Cooperação Horizontal: Busca valorizar o protagonismo local, propõe que as equipes participantes do PMAQ compartilhem suas experiências e possibilitem o aprimoramento de suas práticas, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre seus profissionais.

Ressalta-se aqui a **autoavaliação**, como um dispositivo capaz de provocar mudanças nos processos de trabalho das equipes contratualizadas. A implementação de processos autoavaliativos é, portanto, de grande relevância para melhoria da qualidade das ações em saúde. Para auxiliar nesse processo, o Ministério da Saúde (MS) propõe a utilização de um instrumento de avaliação, disponibiliza o instrumento AMAQ (Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade), para esta finalidade, não sendo obrigatório a sua utilização. Cabe aos municípios, definirem o uso do instrumento ou ferramenta que se adeque a sua necessidade e realidade.

2. Fase – Certificação: Contempla a avaliação externa, momento em que são avaliados os padrões de acesso e qualidade alcançados pela equipe e pela gestão. É realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com instituições de ensino, onde são observadas a infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, e são feitas as entrevistas com os profissionais das equipes participantes e com os usuários além da verificação de documentos. É o momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. As equipes participantes do PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando: a avaliação externa de desempenho, a realização de autoavaliação das equipes AB, e avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa anterior. A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes ocorre da seguinte maneira: 10% da nota é referente a implementação

de processos autoavaliativos, 30% à Avaliação dos indicadores contratualizados e 60% referente à Avaliação Externa.

3. Fase – Recontratualização: A partir dos resultados alcançados pelas equipes e gestores participantes do PMAQ-AB, será possível o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático singular a cada município.

Após o processo de avaliação externa, as equipes serão classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, de acordo com seu desempenho em: **Ótimo, Muito Bom, Bom, Regular e Ruim**. Após a certificação, o município passava a receber mensalmente os valores diferenciados referentes ao componente de qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável), conforme o desempenho alcançado de suas equipes contratualizadas (BRASIL, 2017b).

Com o objetivo de promover a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica, o PMAQ-AB surgiu como um importante instrumento de avaliação em saúde, podendo subsidiar gestores e profissionais na tomada de decisão visando reorganização do processo de trabalho e do desenvolvimento das ações.

3.6 ESTUDOS SOBRE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Existe uma relação entre a avaliação dos serviços de saúde com o processo de trabalho em saúde. Pode-se dizer que este processo, e a utilização de suas ferramentas, possibilitam uma reflexão crítica do processo de trabalho das equipes de saúde avaliadas (MURAMOTO, 2017).

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ vem sendo utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2018; COSTA, 2019).

Nessa perspectiva, do trabalho multidisciplinar na Atenção Básica, alguns estudos (CRUZ et al, 2014; BALDANI et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2019) têm demandado interesses cada vez maiores sobre o modo como se processa esse trabalho de interação entre os profissionais das equipes de Atenção Básica, uma vez que a qualidade do cuidado em saúde é resultante do trabalho coletivo e da relação entre os profissionais, envolve características individuais, expectativas pessoais, integração com o ambiente físico e social, podendo estes aspectos serem refletidos na produção do trabalho e no desempenho da equipe.

Os estudos apresentados no quadro 1 mostram diferentes aspectos dos serviços de saúde que foram avaliados com base no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica. Na perspectiva do trabalho multidisciplinar, demonstrando o quanto a prática avaliativa deste segmento pode contribuir na redução das iniquidades e para melhoria do planejamento e organização do trabalho em saúde, permitindo o desenvolvimento de estratégias que visem um cuidado mais abrangente, equânime e de qualidade.

Quadro 1: Estudos que avaliaram o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e/ou Equipes de Saúde Bucal.

Título	Autores/ Ano	Proposição do estudo	Principais achados do estudo
Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte.	NUNES et al. (2014).	Comparar o desempenho do trabalho em equipe das ESF em dois municípios paulistas utilizando o instrumento AMAQ.	Na análise da subdimensão organização do trabalho, Ribeirão Preto classifica-se como adequado, e São José do Rio Pardo como regular, com diferença significativa entre os municípios. Já em relação ao acolhimento e humanização ambos os municípios apresentaram desempenho satisfatório.
Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica.	CRUZ et al. (2014).	Caracterizar o uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades utilizando o instrumento do PMAQ-	As equipes planejavam e autoavaliavam suas ações com apoio e acesso a dados produzidos. Contudo, essas práticas se mostraram pouco integradas devendo serem aprimoradas para melhor orientar os ajustes no processo de trabalho das equipes.

		AB.	
Estudo avaliativo do processo de trabalho das equipes de atenção básica a partir do PMAQ-AB.	MEDRADO et al. (2015).	Analisar a organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, utilizando resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB.	Em acordo com as características do processo de trabalho da PNAB, as equipes estão planejando e organizando seu processo de trabalho. Contudo, ainda existem entraves no aproveitamento das informações em saúde, precariedade dos recursos humanos e a institucionalização da avaliação.
O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão.	FONTANA; LACERDA; MACHADO (2016).	Aplicar um modelo de avaliação do processo de trabalho na atenção básica em saúde com foco na gestão municipal.	A maioria dos municípios integrantes do estudo apresentaram resultados satisfatórios nas condições estruturais para o processo de trabalho. Porém, foram identificados grandes desafios para garantir a realização da continuidade do cuidado e na organização do trabalho.
Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB.	BALDANI et al. (2018).	Identificar desigualdades na organização do processo de trabalho das eSB comparando os municípios do Paraná, utilizando o instrumento do PMAQ-AB.	Foram observadas desigualdades intermunicipais desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, evidenciando a necessidade de atuação da gestão como apoiadora das eSB, de forma a favorecer com uma oferta mais equânime dos serviços de saúde bucal.
Gestão na estratégia de saúde da família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte.	SIQUEIRA et al. (2019).	Analisar a implementação do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte da região sudeste brasileira.	Foram apontadas dificuldades decorrentes da sobrecarga de funções, da estrutura física das unidades, além da falta de material e de capacitação sobre o PMAQ-AB. Dentre as melhorias, apareceram a organização do processo de trabalho e as práticas desenvolvidas.

<p>Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará.</p>	<p>VIEIRA-MEY et al. (2020)</p>	<p>Analisar a qualidade da infraestrutura e do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família nos municípios do Ceará entre 2012 e 2014.</p>	<p>Houve melhoria da qualidade da infraestrutura e do processo de trabalho no período de implantação do PMAQ de forma equitativa, sendo esta melhoria influenciada pelo porte populacional e pela região do município cearense avaliado.</p>
<p>Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo)</p>	<p>SILVA et al. (2021)</p>	<p>Descrever os indicadores referentes ao planejamento e apoio no processo de trabalho referido pelas eSF, a partir do 3º ciclo do PMAQ-AB, na região Nordeste.</p>	<p>Ocorreram melhorias no processo de trabalho das equipes, no entanto, ainda existe a realidade do trabalho fragmentado e verticalizado, necessitando de mudanças que favoreçam a reorganização do processo de trabalho das equipes desta região.</p>
<p>Progresso e desafios no acesso potencial aos serviços de Atenção Primária à Saúde bucal no Brasil: um estudo de painel de base populacional com análise de transição latente.</p>	<p>RIBEIRO et al. (2021)</p>	<p>Comparar indicadores de potencial de acesso aos serviços de saúde bucal buscados dos dois ciclos Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), verificando se o programa gerou mudanças no acesso aos serviços de saúde bucal.</p>	<p>Foram identificadas mudanças positivas nos indicadores de potencial acesso aos serviços de saúde bucal, com ampliação da capacidade de utilização dos usuários. No entanto, alguns atributos de acesso permanecem insatisfatórios, em que persistem as barreiras organizacionais.</p>

<p>Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018*</p>	<p>SANTOS et al. (2021)</p>	<p>Analisar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o processo de trabalho das equipes da Atenção Básica em saúde no cuidado à criança no Brasil.</p>	<p>Nos três ciclos avaliativos do PMAQ-AB o processo de trabalho das equipes de UBS apresentou melhores resultados e maior homogeneidade entre as regiões, quando comparados os indicadores de estrutura dos serviços.</p>
--	-----------------------------	---	--

Diante disso, avaliar como se organizam os processos de trabalho das equipes da Atenção Básica se torna imprescindível e as informações obtidas por meio do PMAQ-AB surgem como uma excelente ferramenta de utilização quando se pretende realizar pesquisa avaliativa em saúde. Nesta perspectiva, o próximo tópico discorre sobre os conceitos e fórmulas de técnicas estatísticas, como a regressão logística binária e regressão logística multinomial, e como estes métodos têm sido bastante receptivos e utilizados em estudos na área da saúde.

3.7 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA

A regressão logística binária pertence à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG), que por meio de um conjunto de observações tem o objetivo de gerar um modelo que permite a predição de probabilidades, chances de ocorrência de um desfecho de interesse, a partir de uma variável categórica binária, em função de uma ou mais variáveis independentes binárias e/ou contínuas, em que é possível a partir do modelo gerado, calcular a probabilidade de um evento ocorrer (GONZALEZ, 2018).

A regressão logística binária tem como objetivo principal estimar a probabilidade de ocorrência de um evento definido por Y que se apresenta na forma qualitativa dicotômica ($Y = 1$ para descrever a ocorrência do evento de interesse e $Y = 0$ para descrever a ocorrência do não evento), com base no comportamento de variáveis explicativas (FÁVERO et al,2009).

3.7.1 Função logística

A função logística assume valores entre 0 e 1, em que a possibilidade de prever a ocorrência do evento de interesse também é capaz de calcular a probabilidade deste evento

ocorrer (FÁVERO et al., 2009). A função do modelo de regressão logística segue a seguinte equação:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(Z)}}, \quad (1)$$

Em que Z:

$$Z = \ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k. \quad (2)$$

Em que:

p: é a probabilidade de ocorrência de determinado evento de interesse;

(X_1, X_2, \dots, X_k) : são as variáveis independentes ou explicativas;

$(\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k)$: são os parâmetros do modelo.

O termo $\ln \left(\frac{p}{1-p} \right)$ é chamado de logit, enquanto o termo $\left(\frac{p}{1-p} \right)$ designa a chance *Odds* de ocorrência do evento de interesse. Dessa maneira, a probabilidade de ocorrer tal evento é dado por:

$$p = \left(\frac{odds}{1 + odds} \right)$$

Ao substituir (2) em (1), tem-se:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \sum \beta_j X_j)}} \quad (3)$$

Simplificando, a função $f(Z)$ representa a probabilidade da variável dependente $Y = 1$, por meio do comportamento das variáveis independentes (X_1, X_2, \dots, X_k) . Sendo representada a seguir:

$$P(1) = f(Y = 1 | X_1, X_2, \dots, X_k) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \sum \beta_j X_j)}} \quad (4)$$

Neste contexto, ao isolar p na expressão (2), chegasse à equação (4). Como os parâmetros $(\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k)$ não são conhecidos, deve-se estima-los para determinar a probabilidade de ocorrência do evento de interesse.

3.7.2 Estimação de parâmetros em um modelo de regressão logística

Na regressão logística, a estimação dos parâmetros $(\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k)$, tem como objetivo encontrar um modelo logístico de uma maneira que as ponderações sofridas pelas variáveis explicativas estabeleçam a importância de cada variável para que ocorra o evento de interesse, como também a possibilitem calcular a probabilidade de ocorrência do evento. Para a realização do ajuste do modelo logístico à um determinado conjunto de dados, ou seja, a estimação dos parâmetros $(\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k)$ geralmente, utiliza-se o Método da Máxima Verossimilhança (MMV), cujo objetivo é maximizar a probabilidade de que o evento ocorra (FÁVERO et al., 2009).

3.7.3 Seleção de variáveis

A seleção de variáveis é realizada com objetivo de verificar se a variável independente (qualitativa ou quantitativa) exerce alguma influência sobre o desfecho. Normalmente, são utilizados testes para selecionar previamente variáveis independentes que serão inseridas no modelo. Esta seleção se dá por meio de análise univariada, por intermédio do teste t para variáveis independentes contínuas ou teste Qui-quadrado para às categóricas. Deve-se estabelecer um p-valor que diminua as chances de excluir variáveis independentes importantes para o modelo (AZEVEDO, 2011).

A verificação da significância das variáveis independentes é necessária, para que se conheça sua influência sobre a variável dependente, a fim de construir modelos aplicáveis. Para seleção de variáveis o método *backward* é comumente o mais utilizado, este se baseia na eliminação progressiva, ou seja, todas as variáveis pré-selecionadas são incluídas no modelo e seguido da eliminação, uma a uma, pela não significância estatística, segundo o p-valor. Vale ressaltar que quanto menor o p-valor, mais importante é a variável independente para o modelo (TURKIMAN; SILVA, 2000; PAULA, 2012; RODRIGUES, 2013).

3.7.4 Interpretação dos parâmetros no modelo logístico

A medida razão de chances ou *Odds Ratio* (OR) é comumente utilizada para a interpretação dos parâmetros do modelo logístico. A razão de chances tem o objetivo de comparar a probabilidade de determinada condição ocorrer entre grupos diferentes seja pela

presença ou ausência de uma determinada característica, ou indivíduos expostos ou não expostos à um determinado fator de risco (FERREIRA, 2013; CARNEIRO, 2017). A OR representa a comparação das probabilidades de sucesso e fracasso (BATISTA, 2010), como pode se observar na equação a seguir:

$$Odds1 = \frac{P[Y = 1 | X = x]}{P[Y = 0 | X = x]} = \frac{\frac{e^{\beta_0 + \beta_1 * x_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 * x_1}}}{1 - \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 * x_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 * x_1}}} = e^{\beta_0 + \beta_1 x} \quad (5)$$

Ao se tomar uma variação unitária da variável explicativa X, o Odds 2 é:

$$Odds2 = \frac{P[Y = 1 | X = x + 1]}{P[Y = 2 | X = x + 2]} = e^{\beta_0 + \beta_1(x+1)} \quad (6)$$

Assim, para calcular a razão de chance, divide-se o Odds em relação ao Odds 1:

$$OR = \frac{Odds2}{Odds1} = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1(x+1)}}{e^{\beta_0 + \beta_1}} = e^{\beta_1} \quad (7)$$

Ao substituir o valor de β_1 na exponencial, analisa-se o valor obtido, e se este for maior que 1, a chance de sucesso tende a aumentar com o aumento da variável explicativa (RIBEIRO, 2015).

A interpretação da *Odds Ratio* (OR) pode ser compreendida como o aumento e/ou decréscimo estimado na chance de sucesso devido a mudança de uma unidade no valor da variável explicativa contínua. Os valores da OR também podem indicar que, quando esses valores são maiores que 1, a variável em questão pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da variável resposta, e quando são menores do que 1, a variável em estudo representa um fator de proteção em relação à variável resposta (GUJARATI; PORTER, 2011; PROTASIO, 2018).

3.7.5 Verificação da qualidade do modelo logístico ajustado

A verificação da qualidade do modelo de regressão logística é realizada por meio da avaliação do seu ajuste, sendo fundamental para comparar os valores observados e os valores previstos do resultado da variável Y (KLEINBAUM; KLEIN, 2010).

A qualidade de ajuste do modelo é medida por meio da função desvio, também conhecida por *Deviance* (D), que corresponde a discrepância entre o logaritmo da função de

verossimilhança do modelo saturado (com n parâmetros), o qual identifica o melhor modelo possível, e do modelo sob investigação (com p parâmetros) (PAULA, 2010). A função desvio ou *Deviance* é apresentada a seguir:

$$D = 2 (LL\beta - LLo) \quad (8)$$

Em que:

$LL\beta$ = logaritmo da verossimilhança do modelo saturado;

LLo = logaritmo da verossimilhança do modelo investigado.

Com a suposição de que o modelo ajustado está correto, o teste *Deviance* (D), tem uma distribuição assintótica Qui-Quadrado com $n - p$ graus de liberdade e nível de confiança de 95%. Por exemplo, se (D) tem valor menor em relação à distribuição Qui-Quadrado, então pode-se dizer que o modelo investigado se ajusta bem aos dados.

Alguns métodos são utilizados para identificar o quanto o modelo estatístico é aceitável. Através da matriz de classificação ou tabela de contingência é possível observar as classificações corretas versus as classificações previstas, onde na diagonal principal encontram-se o número de acertos, e os demais valores, correspondem aos erros de classificação.

A matriz de classificação é formada estabelecendo um ponto de corte, denotado por c , chamado de *classification cutoff*, que possibilita a classificação da previsão, sendo que os valores acima deste ponto indicam a presença do evento de interesse e os valores abaixo, a ausência (FAVERO, 2009).

Quadro 2. Matriz de classificação ou tabela de contingência

Valores Observados	Valores Estimados	
	0	1
0	Verdadeiro negativo	Falso positivo
1	Falso negativo	Verdadeiro positivo

Através da matriz de classificação, é possível obter a sensibilidade (percentual de acerto dos casos de ocorrência do evento de interesse Y), a especificidade (percentual de acerto dos casos e não ocorrência do evento de interesse Y), com isso, o percentual de acerto do modelo pode ser calculado (FÁVERO, 2009).

O modelo tem discriminação perfeita, quando a sensibilidade e a especificidade são iguais a 1, e os níveis de falso negativos e falso positivos iguais a 0 (KLEINBAUM; KLEIN, 2010).

3.7.6 Curva ROC

A Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) é uma medida de desempenho, onde é possível colocar os valores de sensibilidade nas ordenadas (eixo Y) e o complemento da especificidade ($1 - \text{especificidade}$) nas abcissas (eixo X) para os diferentes pontos de corte (MEDRONHO, 2009). Esta curva permite verificar a taxa de acerto do modelo logístico, sendo capaz de avaliar, organizar e selecionar os classificadores baseado em seu desempenho, com isso, quanto maior é a área abaixo da curva, maior é a capacidade do modelo classificar corretamente o evento de interesse. Quanto mais próxima a curva estiver do quadrante superior esquerdo do gráfico, mais bem ajustado é considerado o modelo logístico (FAVERO, 2009), ou seja, quanto maior a AUC (*Area Under Curve*), maior a capacidade discriminatória do modelo, e, o quanto mais próxima a curva ROC estiver da reta diagonal, menor a AUC, e, pior é o poder discriminatório do modelo logístico (KLEINBAUM; KLEIN, 2010; MEDRONHO, 2009; SARKAR; MIDI, 2010).

Dessa maneira, pode-se observar as seguintes situações de acordo com a AUC para discriminação do modelo logístico:

- AUC igual à 1 → discriminação perfeita
- AUC superior à 0,90 → discriminação excelente
- AUC superior à 0,80 → discriminação boa
- AUC próxima à 0,70 → discriminação moderada
- AUC abaixo de 0,60 → discriminação pobre

Neste trabalho, mediante a análise do modelo de regressão logística obtido, será verificado o impacto de cada variável explicativa referente ao processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal no acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.

3.8 Regressão Logística Multinomial

O modelo logístico multinomial também é um Modelo Linear Generalizado (MLG), onde a função de ligação é a função logística e a distribuição de probabilidade da variável resposta Y é a distribuição multinomial. Este modelo é utilizado quando a variável resposta Y (desfecho) é uma variável categórica com três ou mais categorias, isto é, a variável resposta Y apresenta J categorias mutuamente exclusivas (MARÔCO, 2014).

Na regressão logística multinomial uma das categorias da variável resposta deve ser escolhida como referência com finalidade de compará-la com as demais categorias, em um único processamento, essa escolha depende da orientação de cada estudo, podendo ser ou não arbitrária. É importante notar que isso não altera a forma do modelo, apenas o modo de interpretar os parâmetros (FAVERO, 2015).

A forma elementar da regressão logística multinomial, assume um modelo em que a variável de resposta assume três categorias possíveis (0,1,2) ou mais, com isso o modelo logístico terá duas funções *logit*: a) a razão entre o modelo 1 e 0, representado na equação 9; b) razão entre o modelo 2 e 0, representado na equação 10 (FAVERO, 2015).

$$Z_{i1} = \alpha_1 + \beta_{11} \cdot X_{1i} + \beta_{21} \cdot X_{2i} + \dots + \beta_{k1} \cdot X_{ki} \quad (9)$$

$$Z_{i2} = \alpha_2 + \beta_{12} \cdot X_{1i} + \beta_{22} \cdot X_{2i} + \dots + \beta_{k2} \cdot X_{ki} \quad (10)$$

Onde: Z_{ig} é a função *logit* (função de ligação) do modelo g , em que $g = \{1,2\}$

α é a constante;

$\beta = \beta_1 = \beta_2 = \beta_j$, são os parâmetros estimados de cada variável preditora;

$X = X_1 = X_2 = X_j$, são as variáveis predictoras;

$i = (1, 2, \dots, n)$, o subscrito i representa cada observação da amostra e n é o tamanho da amostra.

Ressalta-se que Z não representa a variável de resposta.

Se a variável de resposta que representa o fenômeno em estudo apresentar “ m ” categorias de resposta, o número de *logit* estimados será $(m - 1)$ e a partir desses são estimadas as probabilidades de ocorrência de cada uma das categorias através da equação (16), onde $Z^{i0} = 0$, $e^{Z^{i0}} = 1$ (FAVERO, 2015).

$$Z_{im} = \alpha_m + \beta_{1m} \cdot X_{1i} + \beta_{2m} \cdot X_{2i} + \dots + \beta_{km} \cdot X_{ki} \quad (11)$$

Onde: Z_{ig} é a função *logit* (função de ligação) do modelo g , em que $g = \{1,2\}$

$im = (m = 0, 1, \dots, m - 1)$ para um modelo em que a variável de resposta assume m categorias de resposta; a, b, X, i e n têm os mesmos significados que os apresentados anteriormente e m é o número de categorias de resposta.

Observa-se que a chance de ocorrência de um evento *Odds* é obtida pela equação (12);

$$Y_i = 1 = \frac{p_i}{1 - p_i} \quad (12)$$

Onde: Y_i é a variável de resposta;

p é a probabilidade de ocorrência do evento e i e n tem os mesmos significados que os apresentados anteriormente.

Da regressão logística simplificada, tem-se que o *logit* (função de ligação) Z como o logaritmo natural da chance sendo apresentado pela equação (13)

$$(Y_i = 1) = Z_i \quad (13)$$

Onde: Y, Z e i tem o mesmo significado que o apresentado anteriormente.

Substituindo a equação (12) com a equação (13) obtém-se a equação (14).

$$\left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = Z_i \quad (14)$$

Onde: p é a probabilidade de ocorrência do evento.

Isolando “ p ” que é a probabilidade de ocorrência do evento a partir da equação (14), obtém-se a sequência de equações (15) e (16).

$$1 - p_i = \frac{1}{1 + e^{Z_i}} \quad (15)$$

$$p_i = \frac{e^{z_i}}{1 + e^{z_i}} \quad (16)$$

Portanto, a partir da maneira simplificada tem-se que a probabilidade de ocorrência da categoria 0 (referencia), categoria 1 e categoria 2 é representada pelas equações (17), (18) e (19).

$$p_{i0} = \frac{1}{1 + e^{z_i} + e^{z_{i2}}} \quad (17)$$

$$p_{i1} = \frac{e^{z_i}}{1 + e^{z_i} + e^{z_i}} \quad (18)$$

$$p_{i2} = \frac{e^{z_{i2}}}{1 + e^{z_{i1}} + e^{z_{i2}}} \quad (19)$$

Onde, Z varia de $-\infty$ a $+\infty$ em função dos diversos valores 0 e 1 assumidos por Z garantindo a condição necessária que o *logit* é igual ao logaritmo natural da chance;

E na forma completa, as expressões da probabilidade de ocorrência para o modelo com 3 categorias de resposta são apresentadas nas equações (20), (21) e (22).

$$p_{i0} = \frac{1}{1 + e^{\alpha_1 + \beta_{11} * X_{1i} + \beta_{21} * X_{2i} + \dots + \beta_{k1} * X_{ki}} + e^{\alpha_2 + \beta_{12} * X_{1i} + \beta_{22} * X_{2i} + \dots + \beta_{k2} * X_{ki}}} \quad (20)$$

$$p_{i1} = \frac{e^{\alpha_1 + \beta_{11} * X_{1i} + \beta_{21} * X_{2i} + \dots + \beta_{k1} * X_{ki}}}{1 + e^{\alpha_1 + \beta_{11} * X_{1i} + \beta_{21} * X_{2i} + \dots + \beta_{k1} * X_{ki}} + e^{\alpha_2 + \beta_{12} * X_{1i} + \beta_{22} * X_{2i} + \dots + \beta_{k2} * X_{ki}}} \quad (21)$$

$$p_{i2} = \frac{e^{\alpha_2 + \beta_{12} * X_{1i} + \beta_{22} * X_{2i} + \dots + \beta_{k2} * X_{ki}}}{1 + e^{\alpha_1 + \beta_{11} * X_{1i} + \beta_{21} * X_{2i} + \dots + \beta_{k1} * X_{ki}} + e^{\alpha_2 + \beta_{12} * X_{1i} + \beta_{22} * X_{2i} + \dots + \beta_{k2} * X_{ki}}} \quad (22)$$

Onde: α, β, X, i e p tem os mesmos significados que os apresentados anteriormente e k é o número de categorias da variável resposta.

De modo geral, para o modelo em que a variável de resposta assume " M " categorias de resposta, é possível escrever a expressão das probabilidades traduzida pela equação (23).

$$p_{im} = \frac{e^{Z_{im}}}{\sum_{m=0}^{M-1} e^{Z_{im}}} \quad (23)$$

Onde: m é o número de categorias de resposta; M é o tamanho da amostra relacionado com o número de categorias de resposta; e Z_{im} ($m = 0, 1, \dots, M - 1$) para um modelo em que a variável de resposta assume “ M ” categorias de resposta.

Neste modelo, para avaliar o sentido e a magnitude de associação entre as variáveis explicativas e a variável resposta, também é utilizada a medida de Razão de chances *Odds Ratio*. Em que a chance de ocorrer cada uma das classes da variável resposta relativamente à variável de referência 0 são representadas pelas equações (24) e (25) (MARÔCO, 2014).

$$\frac{p_{i1}}{p_{i0}} = e^{\beta_1 X} \quad (24)$$

$$\frac{p_{i2}}{p_{i0}} = e^{\beta_2 X} \quad (25)$$

Onde o modelo *logit* pode ser traduzido através das equações (26) e (27).

$$\ln \left[\frac{p_{i1}}{p_{i0}} \right] = \beta_1 X \quad (26)$$

$$\ln \left[\frac{p_{i2}}{p_{i0}} \right] = \beta_2 X \quad (27)$$

Ao analisar os valores dos coeficientes é possível determinar a influência (positiva ou negativa) que cada variável preditora tem no evento. É importante destacar que quanto maior for o valor do coeficiente (positivo), maior será a sua influência e conseqüentemente maior a probabilidade de ocorrer o evento. Da mesma maneira, quanto menor for o valor do coeficiente (negativo), menor será a sua influência na probabilidade de ocorrer o evento (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Contudo, é indicado que a significância do modelo seja verificada por meio do teste da razão de verossimilhança (MONTENEGRO, 2009).

Neste trabalho, mediante a análise do modelo de regressão logística multinomial obtido, será verificado o impacto de cada variável explicativa referente ao processo de trabalho

da equipe de Saúde Bucal no tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários produzidos pelo Ministério da Saúde, provenientes do 3º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado entre o ano de 2017 e 2018, em todo o Brasil. Estes dados contém as respostas de todas as equipes de saúde da Atenção Básica contratualizadas, e foram obtidos por meio do Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto de Você, aplicado por pesquisadores e/ou professores de Universidades/instituições de Ensino e Pesquisa Brasileira.

O Instrumento de Avaliação Externa foi organizado em seis módulos, de acordo com o método de coleta de informações. Neste trabalho foram utilizados o **Módulo III** – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), visou verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização e **Módulo VI** – Entrevista com o Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, que objetivou avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2017b).

O questionário do Módulo III foi preconizado pelo PMAQ-AB para ser aplicado a 4 usuários presentes na Unidade de Saúde no dia da Avaliação Externa de cada Unidade de Saúde da Família, os quais passaram por consulta com o médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista no último ano, exceto no dia da avaliação. O Questionário do Módulo VI, foi aplicado para o cirurgião-dentista (preferivelmente), para o auxiliar de saúde bucal ou para o técnico de saúde bucal, no caso de ausência do cirurgião-dentista no momento da entrevista.

4.2 VARIÁVEIS DE INTERESSE

Foram selecionados os desfechos do **Módulo III** que abrangem o subitem “saúde bucal” e do **Módulo VI** foram selecionadas as variáveis independentes que envolvem os subitens “Territorialização e População de Referência da Equipe de Saúde Bucal”, “Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal” e “Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe”. As variáveis independentes selecionadas são descritas no quadro 3.

A seleção das variáveis independentes do **Módulo VI**, referentes ao processo de trabalho das eSB, se deu em razão delas poderem estar associadas ao acesso e ao tempo de espera aos serviços de saúde bucal ofertados pelas eSB nas Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 3. Variáveis independentes selecionadas do Módulo VI.

Territorialização e População de referência da equipe de Saúde Bucal	
1.(VI-3.1)	Na rotina de trabalho, a equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?
Apoio Matricial à equipe de Saúde Bucal	
2.(VI-5.1)	A equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?
3.(VI-5.2.1)	Do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Organização da Agenda e Oferta de Ações da equipe	
4.(VI-7.1)	A equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?
5.(VI-7.2)	Existe reserva de vagas na agenda da equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que:
6.(VI-7.3)	O atendimento clínico da equipe de Saúde Bucal garante:
7.(VI-7.4)	No atendimento à demanda espontânea, a equipe de Saúde Bucal realiza:
8.(VI-7.6)	No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal:
9.(VI-7.7)	Os profissionais da equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?
10.(VI-7.8)	A equipe de Saúde Bucal utiliza protocolos/critérios para conduta no acolhimento?
11.(VI-7.9)	Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?
12.(VI-7.10)	Os profissionais da equipe de Saúde Bucal que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?
13.(VI-7.11)	Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?
14.(VI-7.12)	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?

Os desfechos de interesse foram a disponibilidade de acesso e o tempo de espera para atendimento com o cirurgião-dentista nas Unidades Básicas de Saúde, sendo estas variáveis dependentes visualizadas no quadro 4.

Quadro 4. Variáveis dependentes.

Saúde Bucal	
1.(III-18.1)	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?
2.(III-18.2)	Qual o tempo de espera para a consulta?

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada conforme as etapas descritas a seguir.

1 - Organização dos dados: a partir de microdados do PMAQ-AB 3º ciclo, foram implementadas algumas ações (exemplo: remoção de dados incompletos) por meio de planilha eletrônica, com intuito de selecionar os dados do módulo III e VI de interesse desta pesquisa.

2 – Realização de análise descritiva dos dados selecionados.

Nessa etapa, foram utilizados critérios de seleção, sendo eles: inclusão de variáveis que possuíam até 10% de dados ausentes, e de usuários e profissionais com dados completos para as variáveis dependentes e independentes selecionadas.

4 – Construção de modelos de regressão logística para o desfecho 1, por ser binário, “O senhor consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde” e de regressão logística multinomial, por ter três categorias, para o desfecho 2 “Qual o tempo de espera para a consulta”, para o Brasil e suas regiões geográficas e, em seguida, verificar a qualidade dos modelos construídos, a análise *deviance* e a curva ROC.

5 – Seleção da amostra do estudo.

A análise exploratória foi realizada com os dados do Módulo III, em que foram entrevistados 140.444 usuários das Unidades Básicas de Saúde. Ao ser aplicado o critério de inclusão das variáveis selecionadas com até 10% de dados ausentes, para o desfecho 1 “o usuário ter respondido conseguir marcar atendimento com o dentista na unidade de saúde”, constatou-se que 57.403 usuários conseguiram acesso ao atendimento com o dentista, e que 4.718 responderam não conseguir o acesso. Em seguida, ao se aplicar o mesmo critério de seleção para o desfecho 2 “qual o tempo de espera para a consulta”, constatou-se que do total de usuários que responderam conseguir marcar atendimento com o dentista, 54.549 responderam sobre quantos dias esperam para consulta com o dentista na UBS.

Quanto ao Módulo VI, em que foram entrevistados 25.090 profissionais das equipes de Saúde Bucal, foi verificado quais eSB com profissionais respondentes tiveram usuários que passaram por atendimento com o dentista. Nesta etapa, os usuários foram associados às respostas dos profissionais de suas respectivas eSB mediante a Identificação Nacional de Equipe (INE) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), presentes nos dois bancos de dados utilizados. Constatou-se haver mais de um usuário que passou por atendimento com dentista por equipe, levando assim, a repetição de dados referentes às respostas dos profissionais da eSB. Foram excluídas as eSB em que todos os usuários responderam não ter conseguido acesso ao atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde, por nunca ter procurado atendimento com o dentista ou por não existir eSB naquela UBS.

Após este processo de associação, obteve-se uma amostra para o desfecho 1 “O senhor consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?” de 50.664 usuários e profissionais que apresentavam dados completos e uma amostra para o desfecho 2 “Qual o tempo de espera para consulta?” de 45.059 usuários e profissionais com dados completos, compondo as amostras desta pesquisa, como pode ser visualizado nas figuras 1 e 2.

Figura 1. Seleção da amostra do desfecho 1 “acesso”.

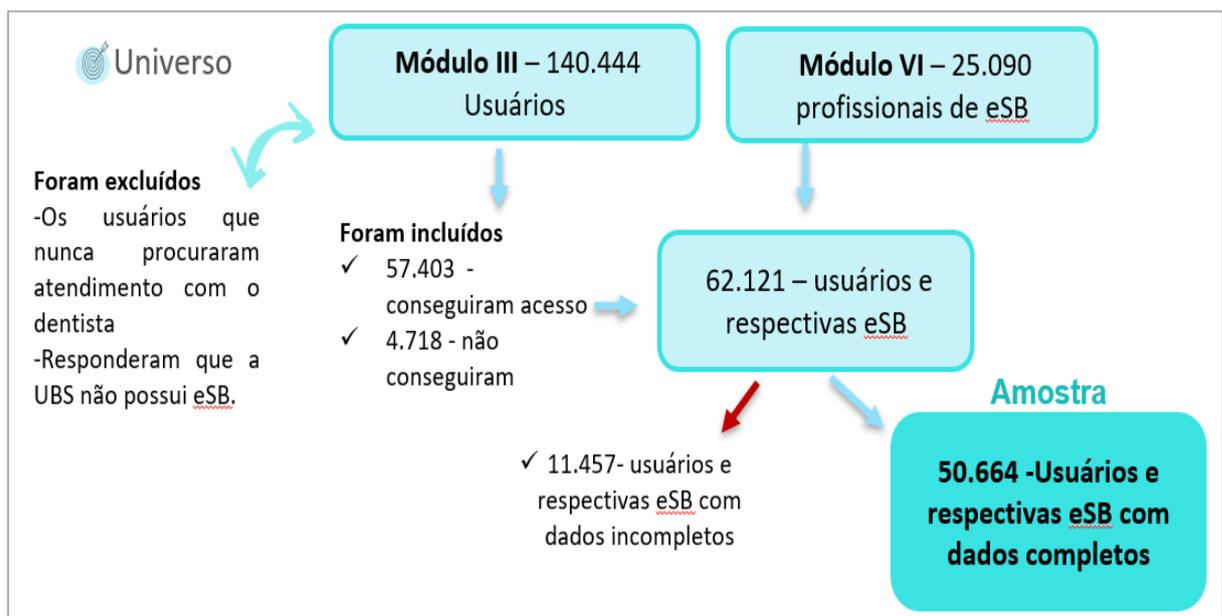
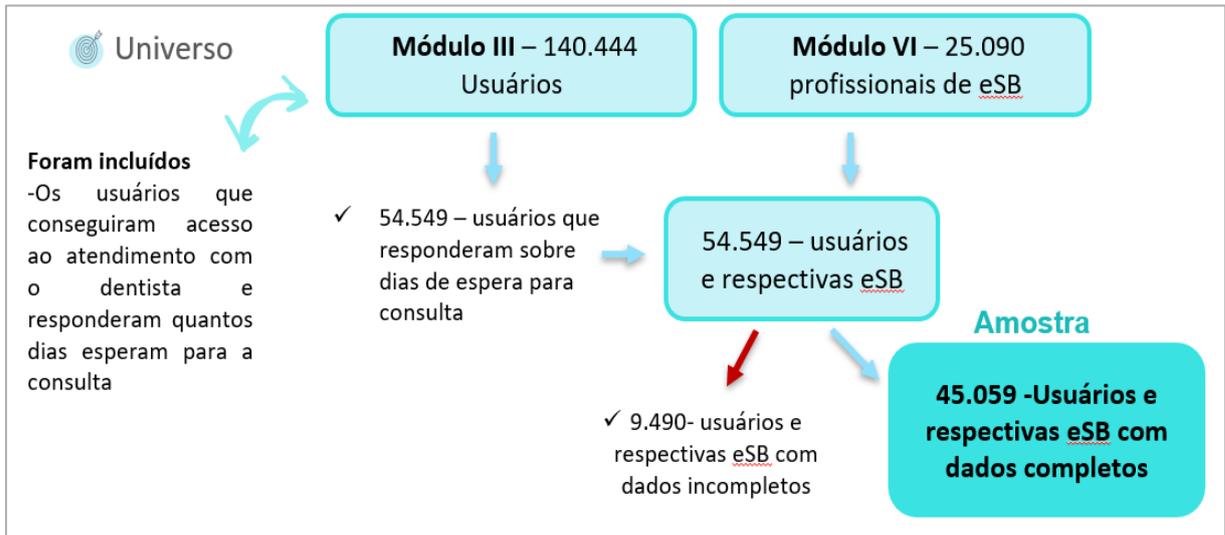


Figura 2. Seleção da amostra do desfecho 2 “tempo de espera”.



Foram ajustados modelos de regressão logística binária com os dados do Brasil e de suas cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) com o propósito de identificar fatores relacionados ao processo de trabalho das eSB que influenciam no desfecho 1 “acesso” do usuário aos serviços de saúde bucal na AB. Em todos os modelos foram utilizadas as mesmas variáveis independentes e o mesmo desfecho (acesso do usuário, considerando o acesso como (Y=1) e não acesso (Y=0), de forma que pudessem ser comparados entre si).

Em seguida, foram ajustados modelos de regressão logística multinomial com os dados do Brasil e de suas cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) com o propósito de identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho das eSB que influenciam no desfecho 2 “tempo de espera” do usuário aos serviços de saúde bucal na AB. Em todos os modelos foram utilizadas as mesmas variáveis independentes e o mesmo desfecho (tempo de espera do usuário para consulta, categorizado em três categorias, sendo a 1ª categoria, utilizada como referência (espera de 1 a 5 dias), 2ª categoria (espera de 6 a 15 dias) e 3ª categoria (espera mais de 15 dias). A categorização foi realizada com base nas recomendações do Ministério da Saúde, em que o usuário não deve esperar mais do que 30 dias para consulta (BRASIL, 2018).

Para a construção dos modelos logísticos binários e multinomiais, inicialmente, foi realizada uma análise bivariada, usando um nível de significância de 20%, utilizando o teste de independência Qui-quadrado para verificar a relação entre as variáveis independentes e a

variável desfecho “acesso”, e em seguida, a variável desfecho “tempo de espera” do usuário. Buscou-se, nessa etapa, definir as variáveis que iriam compor o modelo inicial.

Na análise bivariada com os dados do Brasil, do total de 28 variáveis independentes, 4 não tiveram associação significativa com o desfecho (VI.7.3.1; VI.7.6.5; V.7.6.6; VI.7.9.4). O mesmo aconteceu para os dados das regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste. Porém, 6 não foram significantes com os dados da região Nordeste (VI.7.3.1; VI.7.6.3; VI.7.6.4; VI.7.6.5; V.7.6.6; VI.7.9.4) e 5 não foram significantes com os dados da região Sul (VI.7.2.3; VI.7.3.1; VI.7.6.5; V.7.6.6; VI.7.9.4).

Para ambos os desfechos, após a obtenção do modelo inicial, procedeu-se ao seu ajuste, realizando a seleção das variáveis explicativas significativas utilizando o método *Stepwise Backward*, para obtenção do modelo final, e assumiu-se 5% como nível de significância estatística para a definição do modelo final.

Para verificar o ajuste do modelo de regressão logística utilizou-se a análise *deviance* da matriz de classificação (utilizando um ponto de corte maximizando a sensibilidade e especificidade) e da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e para verificar o ajuste de cada modelo de regressão logística multinomial utilizou-se a análise *deviance* e o Qui-quadrado de Pearson.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 25.0.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A avaliação externa do PMAQ-AB foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFRGS, Parecer N° 21.904 em 01/03/2012, de acordo com as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados do presente estudo que, para melhor entendimento, serão divididos em:

1. análise descritiva, apresentando a distribuição das variáveis analisadas, em frequências absolutas e relativas;
2. modelos de regressão logística, para o desfecho 1 “O senhor consegue marcar atendimento com o dentista nesta UBS” para o Brasil e suas regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) com suas respectivas análises de qualidade de ajuste;
3. modelos de regressão logística multinomial para o desfecho 2 “Qual o tempo de espera para a consulta” para o Brasil e suas regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) com suas respectivas análises de qualidade de ajuste.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

As tabelas de 1 a 3 apresentam os resultados da análise descritiva das variáveis selecionadas para o estudo, do Módulo III e VI do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB, 3º ciclo, no Brasil e em suas regiões. No Brasil, 140.444 (100%) usuários responderam ao Módulo III, sendo 10.790 (7,68%) no Norte, 52.076 (37,10%) no Nordeste, 10.196 (7,25%) no Centro-Oeste, 47.163 (33,58%) no Sudeste e 20.219 (14,39%) no Sul. Quanto ao Módulo VI, foram entrevistados 25.090 (100%) profissionais das eSB no Brasil, sendo 1.916 (7,63%) no Norte, 11.132 (44,36%) no Nordeste, 2.026 (8,07%) no Centro-Oeste, 6.751 (26,90) no Sudeste e 3.265 (13,01) no Sul.

Na tabela 1 é possível verificar que, no Brasil, 40,9% (n=57403) dos usuários conseguiram marcar atendimento com o dentista na UBS. Nas regiões, o Nordeste se destacou por ser a região em que mais usuários conseguiram marcar atendimento com o dentista (48,4%; n=25.226) seguida da região Sul (41,2%; n=8.328) com percentuais superiores aos do Brasil, enquanto que o Sudeste (33,9%; n=16.004) foi a região em que menos usuários conseguiram marcar atendimento com o dentista na UBS.

Tabela 1. Distribuição de frequência das respostas dos usuários das UBS participantes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, no Brasil e suas regiões, sobre conseguir marcar atendimento com dentista na UBS. Brasil, 2017-2018.

III- 18.1 O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?												
Respostas	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	57.403	40,9	4.085	37,9	25.226	48,4	3.760	36,9	16.004	33,9	8.328	41,2
Não	4.718	3,4	518	4,8	1.467	2,8	407	4,0	1.928	4,1	398	2,0
Nunca procurou atendimento com dentista.	55.449	39,5	3.917	36,3	16.983	32,6	4.395	43,1	20.972	44,5	9.182	45,4
Esta unidade não possui equipe de saúde bucal.	21.805	15,5	2.191	20,3	8.102	15,6	1.545	15,2	7.827	16,6	2.140	10,6
Não respondeu	1.069	0,8	79	0,7	298	0,6	89	0,9	432	0,9	171	0,8
Total	140.444	100,0	10.790	100,0	52.076	100,0	1.0196	100,0	47.163	100,0	2.0219	100,0

Observando o tempo de espera para consulta, conforme descrito na tabela 2, o Brasil apresentou média de 10,2 dias. Nas regiões, o Nordeste se diferenciou das demais regiões, sendo a que apresentou a menor média de dias de espera para consulta (6,5 dias), seguida da região Norte (7,2 dias). As regiões Centro-Oeste (9,8 dias) e Sul (10 dias) apresentaram médias semelhantes à do Brasil (10,2 dias). A maior média de dias de espera para consulta com o dentista foi observada na região Sudeste (17,2 dias).

Tabela 2. Distribuição de frequência das respostas dos usuários das UBS participantes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB no Brasil e suas regiões, sobre o tempo de espera para consulta com o dentista na UBS. Brasil, 2017-2018.

III-18.2 Qual o tempo de espera para uma consulta?						
	Brasil (45.059)	Norte (3.050)	Nordeste (21.534)	Centro-Oeste (2.899)	Sudeste (11.777)	Sul (5.799)
Média (dias)	10,2	7,2	6,5	9,8	17,2	10
Espera até 5 dias*	24.815	1.958	14.399	1.551	5.653	2.922
Espera de 6-15 dias	12.866	753	5.211	904	2.696	1.851
Espera mais de 15 dias	7.345	339	1.924	444	3.394	1.026

*Categoria de referência.

No Brasil, como visualizado na tabela 3, a maioria das eSB, na rotina de trabalho, atuam em uma eAB (85,1%; n=19574), 85,2% (n=21378) das eSB recebem apoio de outros núcleos para resolução de casos mais complexos, como do CEO (60,4%; n=15.152). Nas regiões, pode-se observar que o Centro-Oeste possui a maior frequência de eSB atuando em uma eAB (87,5%; n=1772) e o Sudeste a menor (68,2%; n=4605).

No Brasil, como apresentado na tabela 3, a maioria dos profissionais respondeu que a eSB garante atendimento agendado/programado (89,8%; n=22.540) e atendimento de demanda espontânea (89,8%; n=22.542). Nas regiões, a aproximação de valores percentuais entre as duas formas de atendimento tende a se repetir. A maior parte dos profissionais das eSB respondeu garantir atendimento agendado/programado no Nordeste (89,9%; n=10.013) e Sudeste (89,9%; n=6.066) e atendimento de demanda espontânea nas regiões Norte (87,3%; n=1673), Centro-Oeste (92,8%; n=1.881) e Sul (90%; n=2.938).

Na realização do acolhimento, no Brasil, a maior parte dos profissionais das eSB respondeu que escutam a queixa do usuário (90,7%; n=22.764) e avaliam sua necessidade de saúde (90,7%; n=22.750). Nas regiões, no Nordeste, a maioria dos profissionais das eSB realiza acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica (81,5%; n=9.069). Em contrapartida, a região Norte tem a menor frequência de eSB que utilizam protocolos/critérios para conduta no acolhimento (63,6%; n=1.218).

É possível observar ainda, na tabela 3, que a maioria dos profissionais das eSB, no Brasil, respondeu que o principal fluxo para acolhimento do usuário é por meio da identificação de risco e vulnerabilidade (81,6%; n=20.461). Em todas as regiões este foi o principal fluxo para acolhimento, destacando as maiores frequências na região Nordeste e Centro-Oeste (85,1%; n=9.472; e 82%; n=1.662, respectivamente). Quanto à capacitação dos profissionais da eSB para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, no Brasil, 76,2% (n=19.129) das eSB capacitam seus profissionais e, entre as regiões, a que possui maior frequência na capacitação de profissionais é a região Sudeste (78,3%; n=5.286) e a menor frequência de eSB que fazem capacitação foi observada na região Sul (64,6%; n=1.237).

Grande parte dos profissionais das eSB, no Brasil, respondeu que a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica é no próprio consultório odontológico, pela eSB (47,6%; n=11.937). Todas as regiões apresentaram ser esta a principal forma de agendamento da primeira consulta, e a região Sul tem a maior frequência (56,9%; n=1.857). Quanto à continuidade do tratamento odontológico, no Brasil, a maioria dos profissionais das eSB respondeu que a próxima consulta é marcada no final da consulta anterior (74,2%; n=18.616) e esta foi a resposta com maior frequência nas regiões, com destaque para a região Centro-Oeste (84,8%; n=1.718).

Tabela 3. Distribuição da frequência das respostas dos profissionais da eSB no 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB no Brasil e suas regiões, segundo as variáveis sobre atuação, apoio matricial e organização da agenda e oferta de ações da eSB. Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Brasil (N=25.090)		Norte (N=1.916)		Nordeste (N=11.132)		Centro-Oeste (N=2.026)		Sudeste (N=6.751)		Sul (N=3.265)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Na rotina de trabalho, a eSB atua em quantas eAB?												
1 eAB	19.574	78,1	1.486	77,6	9.405	84,5	1.772	87,5	4.605	68,2	2.306	70,6
2 eAB	2.401	9,6	182	9,5	645	5,8	128	6,3	948	14,0	498	15,3
3 ou mais eAB	1.018	4,1	68	3,5	160	1,4	33	1,6	560	8,3	197	6,1
A eSB recebe apoio do CEO para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	15.152	60,4	959	50,1	6.665	59,9	1.099	54,2	4.389	65,0	2.040	62,5
Realiza ações articuladas c/ outros equipamentos sociais do território.	21.007	83,7	1.527	79,7	9.424	84,7	1.704	84,1	5.614	83,2	2.738	83,9
*Reserva de vagas p/ o usuário: buscar e mostrar resultados de exames;	22.002	87,7	1.581	82,5	9.882	88,8	1.813	89,5	5.864	86,9	2.862	87,7
sanar dúvidas ou mostrar como evolução.	22.261	88,7	1.640	85,6	9.983	89,7	1.847	91,2	5.913	87,6	2.878	88,1
*No atendimento clínico, há garantia de: atendimento agendado/programado;	22.540	89,8	1.668	87,1	10.013	89,9	1.861	91,9	6.066	89,9	2.932	89,8
demanda espontânea.	22.542	89,8	1.673	87,3	9.987	89,7	1.881	92,8	6.063	89,8	2.938	90,0
*No atendimento à DE, a eSB realiza: atendimento de urgência;	22.298	88,9	1.644	85,8	9.861	88,6	1.854	91,5	6.013	89,1	2.926	89,6
prescrição de medicamentos;	22.360	89,1	1.642	85,7	9.930	89,2	1.847	91,2	6.028	89,3	2.913	89,2
orientação.	22.253	88,7	1.629	85,0	9.868	88,6	1.838	90,7	6.016	89,1	2.902	88,9
*No acolhimento, a eSB: escuta a queixa do usuário;	22.764	90,7	1.698	88,6	10.103	90,8	1.921	94,8	6.072	89,9	2.970	91,0
avalia a necessidade de saúde do usuário;	22.750	90,7	1.702	88,8	10.102	90,7	1.919	94,7	6.064	89,8	2.963	90,8
agenda a consulta do usuário para outro dia/turno;	21.829	87,0	1.584	82,7	9.705	87,2	1.819	89,8	5.896	87,3	2.825	86,5
realiza atendimento clínico;	22.588	90,0	1.688	88,1	10.009	89,9	1.915	94,5	6.032	89,3	2.944	90,2
encaminha o usuário para outro serviço;	22.101	88,1	1.601	83,6	9.862	88,6	1.838	90,7	5.919	87,7	2.881	88,2
Não realiza acolhimento.	89	0,4	11	0,6	42	0,4	3	0,1	16	0,2	17	0,5
Os profissionais da eSB realizam acolhimento conjuntamente com a eAB.	19.092	76,1	1.462	76,3	9.069	81,5	1.613	79,6	4.716	69,9	2.232	68,4
A eSB utiliza protocolos/critérios para conduta no acolhimento.	18.952	75,5	1.218	63,6	8.590	77,2	1.558	76,9	5.126	75,9	2.460	75,3
*Principal fluxo para o acolhimento do usuário: chega cedo e fica na fila;	5.740	22,9	699	36,5	2.988	26,8	335	16,5	878	13,0	840	25,7
é atendido por ordem de chegada;	18.034	71,9	1.456	76,0	8.652	77,7	1.525	75,3	4.341	64,3	2.060	63,1
é atendido de acordo com risco e/ou vulnerabilidade;	20.461	81,6	1.489	77,7	9.472	85,1	1.662	82,0	5.256	77,9	2.582	79,1
outros critérios.	3.120	12,4	295	15,4	1.276	11,5	303	15,0	735	10,9	511	15,7
No acolhimento, os profissionais foram capacitados p/ ACRV.	19.129	76,2	1.237	64,6	8.640	77,6	1.569	77,4	5.286	78,3	2.397	73,4
Principal forma de agendamento da 1ª consulta: na recepção geral da UBS;	6.722	26,8	488	25,5	3.113	28,0	642	31,7	1.481	21,9	998	30,6
no próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal;	11.937	47,6	845	44,1	4.600	41,3	1.135	56,0	3.500	51,8	1.857	56,9
pelo ACS;	3.963	15,8	369	19,3	2.363	21,2	116	5,7	1.038	15,4	77	2,4
outras formas.	371	1,5	34	1,8	134	1,2	40	2,0	94	1,4	69	2,1

Principal forma de marcação de consulta p/ continuar TO: no final da consulta;	18.616	74,2	1.267	66,1	7.425	66,7	1.718	84,8	5.697	84,4	2.509	76,8
marcada pela eSB e depois comunicada ao usuário;	668	2,7	47	2,5	494	4,4	19	0,9	79	1,2	29	0,9
marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente);	1.751	7,0	172	9,0	1.074	9,6	99	4,9	193	2,9	213	6,5
usuário vai à UBS no dia de marcação (sem agendamento prévio);	1.177	4,7	121	6,3	771	6,9	47	2,3	76	1,1	162	5,0
no dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha;	360	1,4	82	4,3	149	1,3	35	1,7	31	0,5	63	1,9
outra forma.	421	1,7	47	2,5	297	2,7	15	0,7	37	0,5	25	0,8

*Nessa questão o profissional poderia responder mais de uma alternativa. DE: demanda espontânea. ACRV: avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL DO DESFECHO 1 “O SENHOR CONSEGUE MARCAR ATENDIMENTO COM O DENTISTA NESTA UBS?”

5.2.1 Modelos de Regressão Logística

Neste tópico serão apresentados os resultados dos modelos de regressão logística binária referentes ao desfecho 1 “O senhor consegue marcar atendimento com o dentista nesta UBS”, com os dados do Brasil e suas regiões geográficas, por meio da OR e intervalos de confiança para OR. Para avaliar o ajuste do modelo usou-se a análise da função desvio ou *deviance*, da curva ROC.

5.2.2 Modelos Logísticos para o Brasil e regiões geográficas.

Na tabela 4 são apresentados os modelos logísticos ajustados com os dados do Brasil, e suas regiões, dos Módulos III e VI do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizando um nível de significância de 95%, as variáveis associadas ao usuário conseguir marcar atendimento com o dentista na UBS foram: Na rotina de trabalho, a eSB atuar em uma, duas, três ou mais eAB (BR, NE, CO, SE, S); a eSB receber apoio do CEO (BR, N, NE, CO, SE, S); a eSB realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (BR, N); existir reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames (BR, N), sanar dúvidas e mostrar evolução (SE); no atendimento a demanda espontânea, a eSB realizar atendimento de urgência (BR, CO), prescrever medicamentos (S); no acolhimento, a eSB avaliar a necessidade de saúde do usuário (BR, SE), agendar a consulta do usuário para outro dia/turno (BR), e realizar atendimento clínico (BR, N, SE); a eSB realizar acolhimento conjuntamente com a eAB (BR, NE); a eSB utiliza protocolos e critérios para o acolhimento (NE); o principal fluxo para acolhimento do usuário por meio de chegar cedo pegar fila e ficha (BR, NE, SE, S), pela identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (BR, NE, CO) e por ordem de chegada (CO); os profissionais da eSB que fazem acolhimento serem capacitados para identificação de risco/vulnerabilidade (BR, NE); a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica ser no próprio consultório odontológico (BR, NE, CO, S) e pelo Agente Comunitário (BR, CO, S); e a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser pela eSB marcar a consulta e depois comunicar ao usuário (BR, N), por outras maneiras de marcação (BR).

Tabela 4. Modelo de Regressão Logística ajustado, considerando os dados do Brasil e suas regiões geográficas. PMAQ-AB, 3º ciclo, 2017-2018.

Variáveis associadas ao acesso em saúde bucal	OR(IC 95%)					
	Brasil	N	NE	CO	SE	S
eSB atua em quantas eAB¹						
2	0,45(0,41-0,49) ⁷		0,40(0,34-0,48) ⁷	0,59(0,37-0,92) ⁵	0,42(0,37-0,49) ⁷	0,53(0,39-0,72) ⁷
3 ou +	0,32(0,29-0,36) ⁷		0,37(0,26-0,51) ⁷	0,40(0,20-0,80) ⁵	0,31(0,27-0,36) ⁷	0,40(0,28-0,59) ⁷
A eSB recebe apoio do CEO ²	1,62(1,48-1,78) ⁷	1,70(1,31-2,20) ⁷	1,37(1,19-1,60) ⁷	1,92(1,40-2,62) ⁷	1,82(1,52-2,19) ⁷	1,84(1,27-2,67) ⁶
Realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais ²	0,80(0,70-0,92) ⁶	0,67(0,46-0,99) ⁵			0,80(0,64-1,01)	
Reserva vagas p/usuário: buscar e mostrar exames ²	0,69(0,59-0,81) ⁷	0,48(0,33-0,69) ⁷		0,52(0,25-1,10)		
sanar dúvidas e mostrar evolução ²				3,43(0,96-12,19)	0,73(0,57-0,94) ⁶	
No atendimento à DE, faz: atendimento de urgência ²	0,62(0,44-0,85) ⁶		0,63(0,39-1,00)	0,22(0,08-0,57) ⁶		
prescrição de medicamentos ²	0,72(0,49-1,05)					0,26(0,10-0,69) ⁶
No acolhimento: avalia a necessidade de saúde do usuário ²	0,58(0,39-0,86) ⁶	0,43(0,17-1,08)			0,38(0,21-0,68) ⁶	
realiza atendimento clínico ²	0,57(0,44-0,73) ⁷	0,38(0,19-0,74) ⁶			0,52(0,35-0,78) ⁶	
agenda a consulta p/ outro dia/turno ²	0,83(0,70-0,99) ⁵					
eSB realiza acolhimento conjuntamente com a eAB ²	0,87(0,80-0,96) ⁶		0,64(0,54-0,76) ⁷			
eSB utiliza protocolos/critérios p/condução no acolhimento			0,79(0,66-0,94) ⁶			
Principal fluxo para o acolhimento do usuário						
chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha ²	1,09(1,00-1,18) ⁵		1,14(1,00-1,30) ⁵	0,68(0,46-1,01)	1,30(1,12-1,50) ⁶	1,34(1,01-1,77) ⁵
ordem de chegada ²	0,93(0,85-1,01)			0,69(0,51-0,92) ⁵		

risco e/ou vulnerabilidade²	0,83(0,74-0,93)⁶		0,64(0,51-0,79)⁷	0,68(0,47-0,98)⁵	
Os profissionais do acolhimento foram capacitados p/ ACRV²	0,87(0,79-0,97)⁵		0,76(0,64-0,89)⁶	0,74(0,52-1,05)	
Principal forma de agendamento 1ª consulta³					
No próprio consultório odontológico	0,86(0,79-0,94)⁶		0,84(0,73-0,98)⁵	0,64(0,47-0,87)⁶	0,52(0,37-0,72)⁷
Pelo ACS	0,83(0,74-0,93)⁶		0,92(0,78-1,11)	0,51(0,30-0,86)⁵	0,30(0,15-0,60)⁶
Outra forma	0,89(0,69-1,14)		0,46(0,29-0,73)⁶	0,35(0,16-0,75)⁶	0,50(0,24-1,02)
Principal forma de agendamento p/ continuidade do TO⁴					
pela eSB e depois comunicada ao usuário	1,29(1,00-1,66)⁵	4,62(1,13-18,9)⁵			0,39(0,15-1,01)
pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	1,09(0,94-1,27)	1,27(0,81-1,99)			2,02(0,93-4,40)
Pelo usuário na UBS (dia de marcação, s/agendamento prévio)	1,01(0,85-1,20)	0,79(0,51-1,22)			0,77(0,45-1,33)
No dia da consulta, fica na fila e pega senha para atendimento	1,13(0,81-1,57)	0,55(0,33-0,89)⁵			2,65(0,63-11,09)
Outras formas	1,52(1,07-2,14)⁵	1,39(0,62-3,08)			1,49(0,20-11,04)

eSB: equipe de saúde bucal; eAB: equipe de atenção básica; DE: demanda espontânea; ACRV: avaliação com classificação de risco e vulnerabilidade; ACS: agente comunitário de saúde; TO: tratamento odontológico; UBS: unidade básica de saúde. ¹Categoria de referência: 1; ²Categoria de referência: Sim; ³Categoria de referência: Na recepção geral da UBS; ⁴Categoria de referência: No final da consulta anterior. ⁵P<0,05. ⁶P<0,01. ⁷P<0,001.

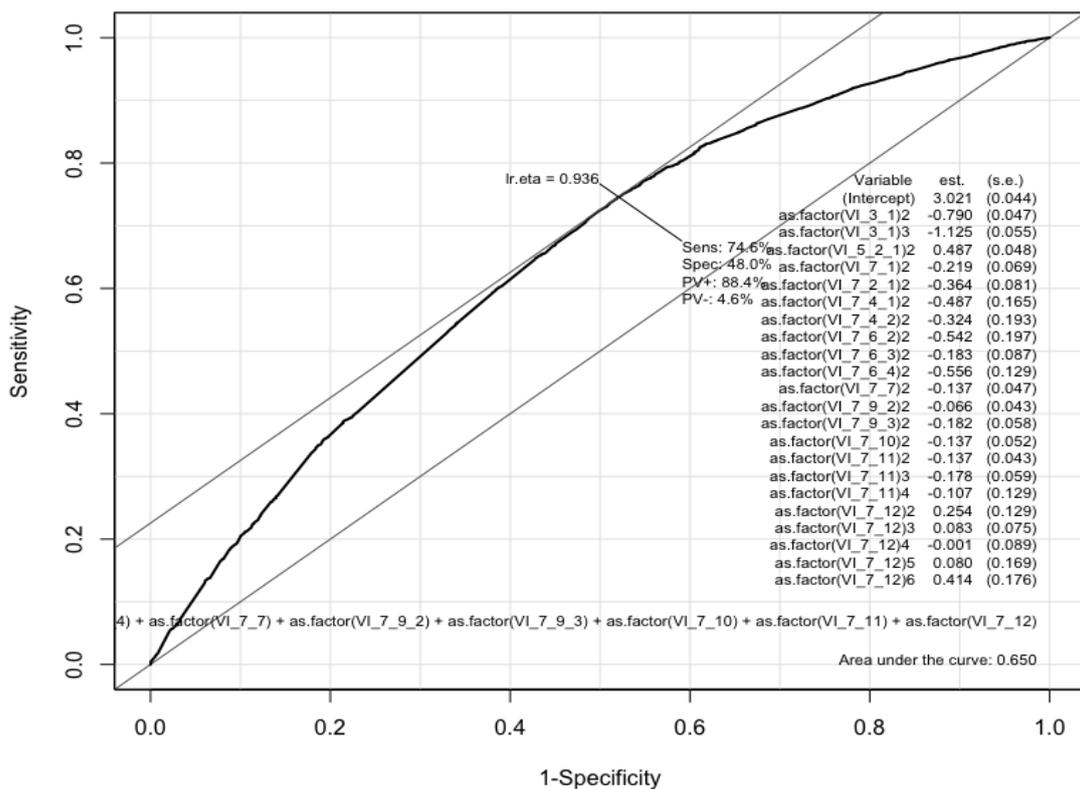
5.2.3 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para o Brasil.

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, para o Brasil, a função desvio obteve um valor de 23409.11 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição Qui-quadrado (51165.61) de referência, com 50641 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 3 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,650. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 5 apresenta-se a matriz de confusão, construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.936$) com a máxima sensibilidade ($s=0,49$) e especificidade ($e=0,73$) da curva ROC.

Figura 3. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística do Brasil



Quadro 5. Matriz de classificação do Modelo de Regressão Logística do Brasil.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	1610 (3,0%)	12506 (25,0%)	14116 (28,0%)
Acesso (1)	1683 (3,0%)	34865 (69,0%)	36548 (72,0%)
Total	3293 (6,0%)	47371 (94,0%)	50664 (100%)

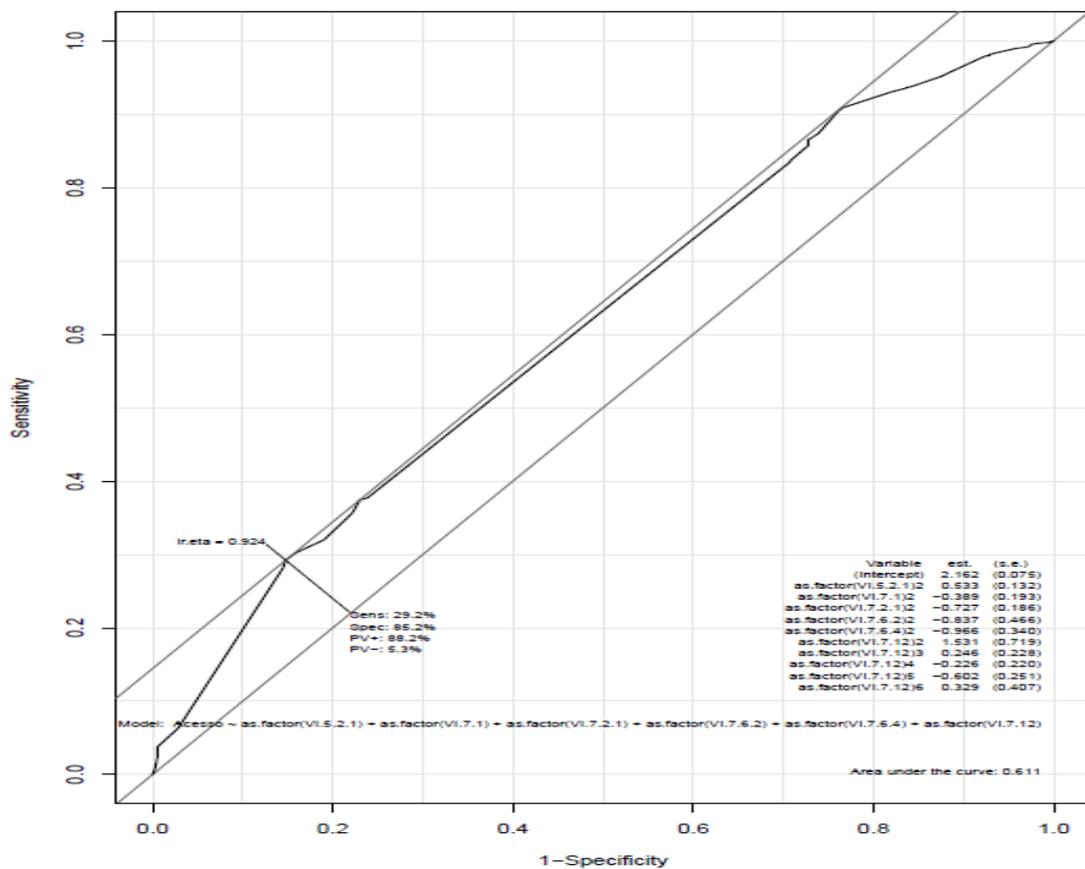
5.2.4 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para região Norte.

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, para a região Norte, a função desvio obteve um valor de 2220.664 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (3645.884) de referência, com 3507 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 4 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,611. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 6 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.924$) com a máxima sensibilidade ($s=0.29$) e especificidade ($e=0,85$) da curva ROC.

Figura 4. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Norte.



Quadro 6. Matriz de Classificação do Modelo de Regressão Logística da região Norte.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	300 (8,0%)	2241 (64,0%)	2541 (72,0%)
Acesso (1)	52 (2,0%)	925 (26,0%)	977 (28,0%)
Total	352 (10,0%)	3166 (90,0%)	3518 (100%)

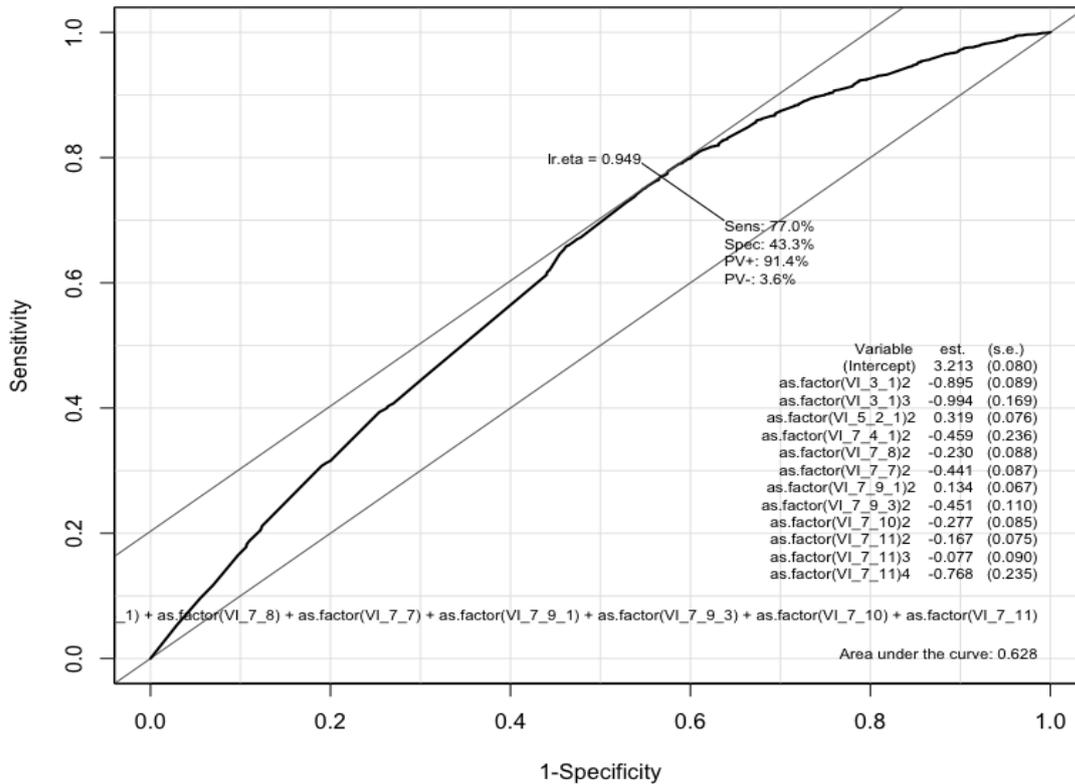
5.2.4 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para região Nordeste.

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio obteve um valor de 8707.043 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição Qui-quadrado (23755.96) de referência, com 23394 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 5 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,628. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 7 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.949$) com a máxima sensibilidade ($s=0.77$) e especificidade ($e=0,43$) da curva ROC.

Figura 5. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Nordeste.



Quadro 7. Matriz de Classificação do Modelo de Regressão Logística da região Nordeste.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	485(2,0%)	5125 (22,0%)	5610 (24,0%)
Acesso (1)	635(3,0%)	17167 (73,0%)	17802 (76,0%)
Total	1120 (5,0%)	22292 (95,0%)	23412 (100%)

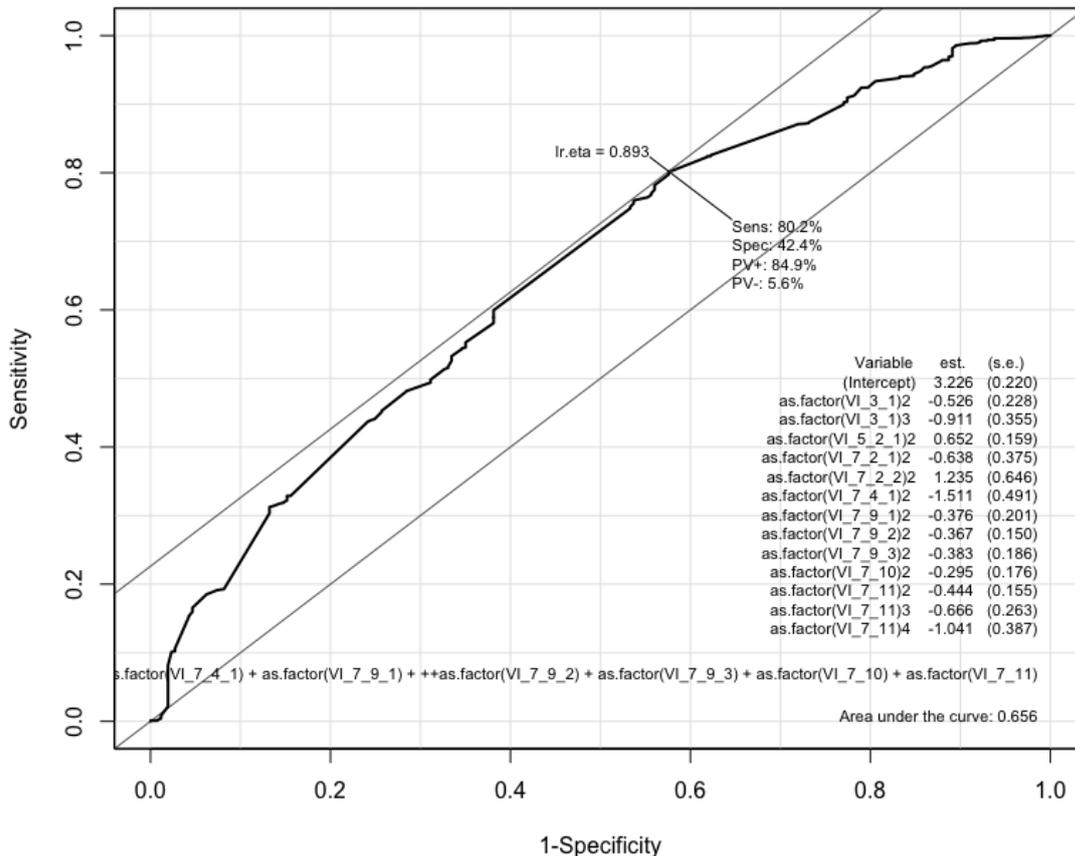
5.2.5 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para região Centro-Oeste.

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio obteve um valor de 1732.788 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição Qui-quadrado (3469.443) de referência, com 3330 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 6 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,656. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 8 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.893$) com a máxima sensibilidade ($s=0.80$) e especificidade ($e=0,42$) da curva ROC.

Figura 6. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Centro-Oeste.



Quadro 8. Matriz de Classificação do Modelo de Regressão Logística da região Centro-oeste.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	108 (4,0%)	609 (18,0%)	717 (22,0%)
Acesso (1)	149 (4,0%)	2482 (74,0%)	2631 (78,0%)
Total	257 (8,0%)	3091 (92,0%)	3348 (100%)

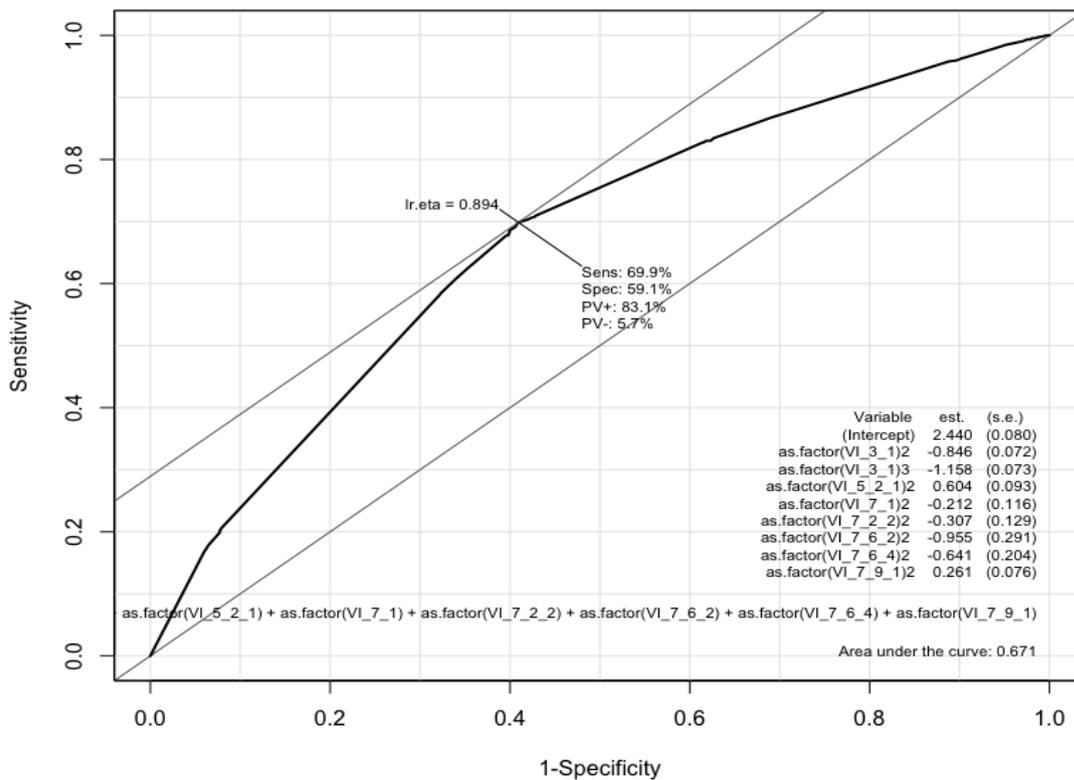
5.2.6 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para região Sudeste

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio obteve um valor de 8308.396 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição Qui-quadrado (14367.25) de referência, com 14084 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 7 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,671. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 9 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.894$) com a máxima sensibilidade ($s=0.69$) e especificidade ($e=0,59$) da curva ROC.

Figura 7. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Sudeste.



Quadro 9. Matriz de Classificação do Modelo de Regressão Logística da região Sudeste.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	782 (6,0%)	3849 (27,0%)	4631 (33,0%)
Acesso (1)	542 (4,0%)	8926 (63,0%)	9468 (67,0%)
Total	1324 (10,0%)	12775 (90,0%)	14099 (100%)

5.2.7 Verificação da qualidade de ajuste do modelo logístico para região Sul.

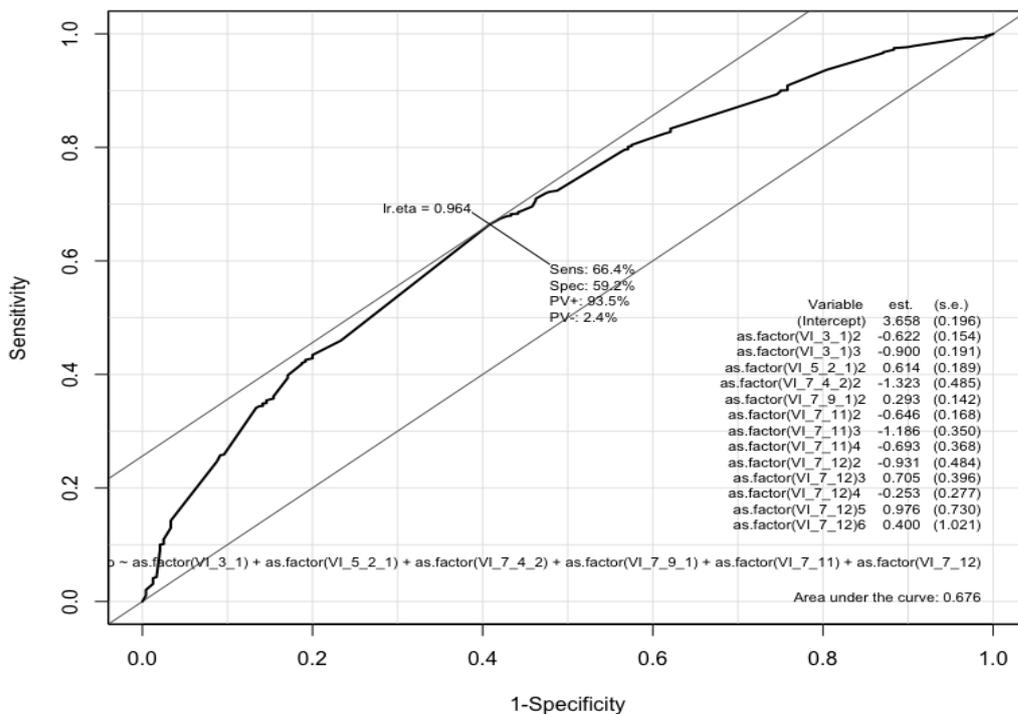
Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio obteve um valor de 1944.346 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição Qui-quadrado

(6458.368) de referência, com 6268 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Na figura 8 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,676. Como este valor está próximo à 0,70, considera-se que este modelo, quanto ao desempenho, é moderado.

No Quadro 10 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ($c=0.964$) com a máxima sensibilidade ($s=0.66$) e especificidade ($e=0,59$) da curva ROC.

Figura 8. Curva ROC para o Modelo de Regressão logística da região Sul.



Quadro 10. Matriz de Classificação do Modelo de Regressão Logística da região Sul.

Valores observados	Valores estimados		
	Não Acesso (0)	Acesso (1)	Total
Não Acesso (0)	142 (2,0%)	2029 (32,0%)	2171(34,0%)
Acesso (1)	98 (2,0%)	4018 (64,0%)	4116 (66,0%)
Total	240 (4,0%)	6047 (96,0%)	6287 (100%)

5.3 ANÁLISE INFERENCIAL DO DESFECHO 2 “QUAL O TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA?”

5.3.1 Modelos de Regressão Logística Multinomial

Neste tópico serão apresentados os resultados dos modelos ajustados de regressão logística multinomial referentes ao desfecho 2 “Qual o tempo de espera para consulta”, com os dados do Brasil e suas regiões geográficas, incluindo a OR e intervalos de confiança para OR.

5.3.2 Modelos Logísticos Multinomiais para o Brasil e regiões geográficas.

Na tabela 5 são apresentados os modelos ajustados de regressão logística multinomial com os dados do Brasil, e regiões, dos Módulos III e VI do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizando um nível de significância de 95%, as variáveis associadas ao usuário esperar um tempo maior para atendimento com o dentista na UBS foram: Na rotina de trabalho, a eSB atuar em uma, duas, três ou mais eAB (BR, NE, SE, S); a eSB receber apoio do CEO (BR, N, NE, CO, SE, S); a eSB realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (BR, NE, S); existir reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames (BR, N, SE), tirar dúvidas e mostrar como evoluiu (N, CO); a eSB garantir atendimento agendado/programado (BR, NE, CO, S); no atendimento a demanda espontânea, realiza orientação (N, S); no acolhimento, avalia a necessidade de saúde do usuário (N), realiza atendimento clínico (CO, S), a eSB escutar a queixa do usuário (BR, NE, SE), encaminhar para outro serviço (BR, S) e agendar para outro dia/turno (SE); a eSB realizar acolhimento conjuntamente com a eAB (BR, N, NE, SE, S); o principal fluxo para acolhimento do usuário ser por meio de chegar cedo pegar fila e ficha (BR, N, NE, CO, SE, S), por ordem de chegada (BR, NE, CO, S) e ser pela identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (BR, N, SE); os profissionais da eSB que fazem acolhimento serem capacitados para identificação de risco/vulnerabilidade (S); a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica ser no próprio consultório odontológico (BR, NE, SE) e pelo Agente Comunitário (BR, NE, SE); e a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser pela eSB marcar a consulta e depois comunicar ao usuário (BR, N, NE); a próxima consulta ser agendada posteriormente pelo usuário na UBS (BR, N, CO, S); é solicitado que no dia de marcação para saúde bucal o usuário vá até a UBS (BR, N, SE, S); no dia de marcação é preciso o usuário pegar fila e ficha (BR, N, NE, CO, SE, S).

Tabela 5. Modelo de Regressão Logística ajustado, considerando os dados do Brasil e suas regiões geográficas. PMAQ-AB, 3º ciclo, 2017-2018.

Variáveis associadas ao maior tempo de espera para consulta	OR(IC 95%) associados ao tempo de espera de 6-15 dias (acima) e ao tempo de espera >15 dias (abaixo)					
	Brasil	N	NE	CO	SE	S
eSB atua em quantas eAB¹						
2	1,53(1,43-1,64) ⁷ 2,46(2,28-2,66) ⁷		1,39(1,27-1,58) ⁷ 1,77(1,49-2,10) ⁷		1,47(1,29-1,67) ⁷ 2,30(2,02-2,62) ⁷	1,28(1,09-1,49) ⁶ 1,47(1,22-1,76) ⁷
3 ou +	1,88(1,69-2,08) ⁷ 4,34(3,91-4,81) ⁷		1,57(1,20-1,04) ⁷ xxx		1,92(1,63-2,26) ⁷ 4,11(3,51-4,80) ⁷	xxx 1,30(1,02-1,67) ⁵
A eSB recebe apoio do CEO²	0,86(0,82-0,90) ⁷ 0,76(0,72-0,81) ⁷	0,67(0,56-0,81) ⁷ 0,58(0,45-0,76) ⁷	0,89(0,83-0,96) ⁶ 0,83(0,75-0,93) ⁶	0,82(0,69-0,98) ⁶ xxx	0,90(0,81-0,99) ⁵ 0,79(0,71-0,89) ⁷	0,81(0,70-0,92) ⁶ 0,66(0,56-0,79) ⁷
Realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais no território²	1,17(1,07-1,28) ⁷ 1,24(1,11-1,38) ⁷		1,25(1,09-1,43) ⁷ 1,47(1,22-1,78) ⁷			xxx 1,65(1,24-2,20) ⁶
Reserva vagas p/usuário: buscar e mostrar exames²	xxx 1,60(1,39-1,84) ⁷	xxx 2,58(1,46-4,56) ⁷			1,38(1,07-1,79) ⁵ 1,98(1,55-2,54) ⁷	
sanar dúvidas e mostrar evolução²		0,48(0,25-0,89) ⁵ xxx		1,86(1,08-3,19) ⁵ 2,06(1,06-4,02) ⁵		
As eSB garantem: atendimento agendado/ programado	0,27(0,21-0,35) ⁷ 0,25(0,17-0,36) ⁷		0,29(0,20-0,43) ⁷ 0,44(0,26-0,75) ⁶	0,22(0,10-0,48) ⁷ 0,19(0,05-0,66) ⁶		0,23(0,12-0,44) ⁷ 0,08(0,02-0,33) ⁶
No atendimento à DE, faz: atendimento de urgência²						
orientações ao usuário²		2,36(1,24-4,48) ⁶ xxx				3,82(2,21-6,60) ⁷ 2,59(1,28-5,25) ⁶
prescrição de medicamentos²						

No acolhimento: avalia a necessidade de saúde do usuário²		4,02(1,29-12,5)⁵ xxx				
realiza atendimento clínico²				4,35(1,11-17,1)⁵ xxx		0,46(0,26-0,82)⁶ 0,17(0,06-0,51)⁶
encaminha o usuário para outro serviço²	1,32(1,14-1,51)⁷ 1,29(1,09-1,54)⁶					2,06(1,47-2,87)⁷ 1,56(1,02-2,40)⁵
escuta as queixas do usuário²	1,43(1,04-1,96)⁵ xxx		1,74(1,13-2,70)⁵ xxx		3,72(1,49-9,26)⁶ 2,99(1,14-7,80)⁵	
agenda a consulta p/ outro dia/turno²					xxx 1,48(1,13-1,94)⁶	
eSB realiza acolhimento conjuntamente com a eAB²	1,40(1,32-1,49)⁷ 1,70(1,58-1,82)⁷	xxx 1,64(1,17-2,31)⁶	1,34(1,20-1,49)⁷ 1,38(1,18-1,60)⁷		1,18(1,06-1,32)⁶ 1,23(1,10-1,38)⁷	1,34(1,15-1,55)⁷ 1,66(1,40-1,97)⁷
eSB utiliza protocolos/critérios p/condução no acolhimento						
Principal fluxo para o acolhimento do usuário						
chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha²	1,59(1,51-1,68)⁷ 1,85(1,73-1,98)⁷	1,80(1,49-2,17)⁷ 2,10(1,61-2,73)⁷	1,49(1,38-1,61)⁷ 1,71(1,52-1,92)⁷	xxx 2,07(1,48-2,89)⁷	1,23(1,08-1,40)⁶ 1,17(1,02-1,34)⁵	1,52(1,32-1,74)⁷ 1,54(1,30-1,82)⁷
ordem de chegada²	xxx 1,11(1,04-1,18)⁷		0,87(0,79-0,95)⁶ 0,86(0,75-0,98)⁶	xxx 1,77(1,38-2,28)⁷		0,77(0,67-0,88)⁷ 0,73(0,62-0,86)⁷
risco e/ou vulnerabilidade²	1,23(1,14-1,33)⁷ 1,35(1,24-1,48)⁷	1,38(1,05-1,82)⁵ xxx			1,21(1,06-1,39)⁶ xxx	
Os profissionais do acolhimento foram capacitados p/ ACRV²						xxx 0,77(0,63-0,94)⁵

Principal forma de agendamento 1ª consulta³						
No próprio consultório odontológico	1,10(1,05-1,16)⁷ xxx		1,17(1,08-1,26)⁷ 1,35(1,20-1,52)⁷		xxx 0,74(0,66-0,82)⁷	
Pelo ACS	1,08(1,01-1,15)⁵ 0,85(0,78-0,93)⁷		1,27(1,16-1,40)⁷ xxx		0,84(0,73-0,97)⁶ 0,59(0,50-0,69)⁷	
Outra forma	1,60(1,33-1,93)⁷ 1,87(1,52-2,30)⁷		2,48(1,81-3,42)⁷ 2,48(1,58-3,90)⁷		xxx xxx	
Principal forma de agendamento p/ continuidade do TO⁴						
pela eSB e depois comunicada ao usuário	xxx 0,79(0,66-0,94)⁵	xxx 0,35(0,12-0,98)⁵	1,23(1,05-1,43)⁶ 1,26(1,01-1,59)⁵	xxx xxx	xxx xxx	xxx xxx
pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	0,82(0,75-0,89)⁷ 0,60(0,54-0,68)⁷	xxx 0,50(0,30-0,84)⁶	xxx xxx	0,63(0,41-0,97)⁵ 0,24(0,10-0,56)⁶	xxx xxx	xxx 0,63(0,46-0,86)⁶
Pelo usuário na UBS (dia de marcação, s/agendamento prévio)	0,76(0,68-0,85)⁷ 0,57(0,49-0,66)⁷	0,51(0,32-0,81)⁶ xxx	xxx xxx	xxx xxx	0,44(0,28-0,68)⁷ 0,29(0,18-0,48)⁷	xxx 0,62(0,42-0,90)⁵
No dia da consulta, fica na fila e pega senha para atendimento	0,38(0,29-0,49)⁷ 0,19(0,12-0,30)⁷	0,29(0,13-0,64)⁶ xxx	0,68(0,48-0,97)⁵ 0,33(0,16-0,68)⁶	0,30(0,11-0,80)⁵ xxx	0,23(0,10-0,50)⁷ 0,16(0,06-0,39)⁷	0,23(0,12-0,44)⁷ 0,07(0,01-0,31)⁷
Outras formas	xxx xxx	xxx xxx	1,60(1,32-1,93)⁷ 1,45(1,07-1,95)⁵	xxx xxx	xxx xxx	0,38(0,15-0,95)⁵ xxx

eSB: equipe de saúde bucal; eAB: equipe de atenção básica; DE: demanda espontânea; ACRV: avaliação com classificação de risco e vulnerabilidade; ACS: agente comunitário de saúde; TO: tratamento odontológico; UBS: unidade básica de saúde.

¹Categoria de referência: 1; ²Categoria de referência: Sim; ³Categoria de referência: Na recepção geral da UBS; ⁴Categoria de referência: No final da consulta anterior.

⁵P<0,05. ⁶P<0,01. ⁷P<0,001. **xxx**, categoria não significativa no modelo final.

6 DISCUSSÃO

Neste tópico será apresentada a discussão dos resultados, organizada por meio dos subitens: territorialização e população de referência, apoio matricial à equipe de Saúde Bucal, organização da agenda e oferta de ações da equipe de Saúde Bucal. Serão interpretados os dados dos modelos obtidos para o Brasil e suas regiões geográficas, confrontando com a literatura; os fatores que foram associados ao desfecho 1 “o senhor consegue marcar atendimento com o dentista na UBS” e ao desfecho 2 “qual o tempo de espera para consulta”, no Brasil e em cada região e as limitações do estudo.

O presente trabalho é um estudo com base de dados nacional, abrangendo usuários e profissionais das equipes de Saúde Bucal entrevistados durante a avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, que possibilitou conhecer os fatores associados ao acesso e o tempo de espera do usuário à atenção odontológica na Atenção Básica.

Na Atenção Primária à Saúde, o acesso pode estar relacionado com as várias possibilidades de o usuário adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade básica de saúde (UBS), a disponibilidade de horários e dias de atendimento da UBS, como também a possibilidade de atendimentos por demandas espontâneas, e a percepção que o usuário tem em relação a estes aspectos do acesso (ASSIS; JESUS, 2012; NIED et al., 2020). Garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde é de suma importância para a consolidação do direito universal a saúde, demanda de estratégias de mudança no processo de trabalho que vise o estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais-serviço-usuários, em que este último esteja no centro desse processo que visa a melhoria da qualidade e ampliação da capacidade resolutiva da APS.

Nesse contexto, mediante análise descritiva dos dados deste estudo, constatou-se que 40,9% (57.403) dos usuários conseguiram marcar atendimento com o dentista na UBS e 3,4% (4.718) não conseguiram agendar atendimento quando procuraram, e entre os usuários que conseguiram marcar consulta, o tempo de espera foi em média de 10 dias para atendimento. Estes resultados corroboram com os resultados obtidos por Casotti et al. (2014), que ao analisarem a possibilidade de agendamento e a experiência do usuário no acesso aos serviços odontológicos na UBS, utilizando dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, constataram que menos da metade da população brasileira consegue marcar atendimento com o dentista na unidade de saúde.

Em outro estudo que analisou dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), Peres et al. (2012) constataram que, de 1998 a 2008, ocorreu ampliação no acesso de usuários aos serviços de saúde bucal em todas as faixas etárias no Brasil. A ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal também foi observada por Andrade et al. (2013) que verificaram aumento de 44% para 52% no acesso de usuários ao atendimento com o dentista no serviço público.

Stopa et al. (2017), ao analisarem o acesso e o uso de serviços de saúde pela população brasileira segundo fatores sociodemográficos com dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, verificaram que, o acesso de primeira procura foi quase universal e foram encontradas diferenças segundo grupos de idade, nível de instrução do chefe de família e as macrorregiões do país. Nas regiões Sudeste e Sul os indivíduos com 60 anos ou mais, em que o chefe da família tem maior nível de instrução escolar, possuem maior acesso aos serviços de saúde.

Ainda neste contexto, de avaliação do acesso na AB, resultados de um estudo realizado em Porto Alegre, entre 2016 e 2017, apontaram que fatores como curto tempo de espera para consulta após o agendamento, atendimento por demanda espontânea e a adscrição do domicílio estão dentre os elementos considerados essenciais para um bom acesso dos usuários aos serviços de saúde na APS (NIED et al., 2020).

É importante destacar que a avaliação dos serviços de saúde organizados a partir da Atenção Primária à Saúde é essencial para o planejamento e monitoramento das ações, sendo uma prática comum em vários países. Um estudo realizado pelo projeto EUprimecare com o objetivo de avaliar os sistemas de saúde em oito países europeus, mostrou, em nível internacional, as opiniões dos profissionais e as percepções e visões dos usuários sobre a qualidade dos serviços ofertados na APS, caracterizando o acesso, equidade do cuidado e satisfação do usuário, com achados semelhantes entre os países investigados (PAPP et al., 2014). Estes resultados demonstram que existe uma preocupação, em vários países, pela busca da ampliação do acesso no nível primário da atenção à saúde.

Considerando o cenário nacional, os resultados do presente estudo trazem informações importantes para gestores e profissionais da Saúde Bucal que atuam na AB, pois utiliza dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, o último ciclo do programa, demonstrando como se encontra a organização dos serviços de saúde bucal no Brasil. Ainda mais por serem escassos na literatura estudos que tenham avaliado a saúde bucal com base nos dados do 3º ciclo do

PMAQ-AB. Sendo este, um estudo pioneiro que avalia o acesso e o processo de trabalho em saúde bucal com dados do último ciclo do PMAQ-AB.

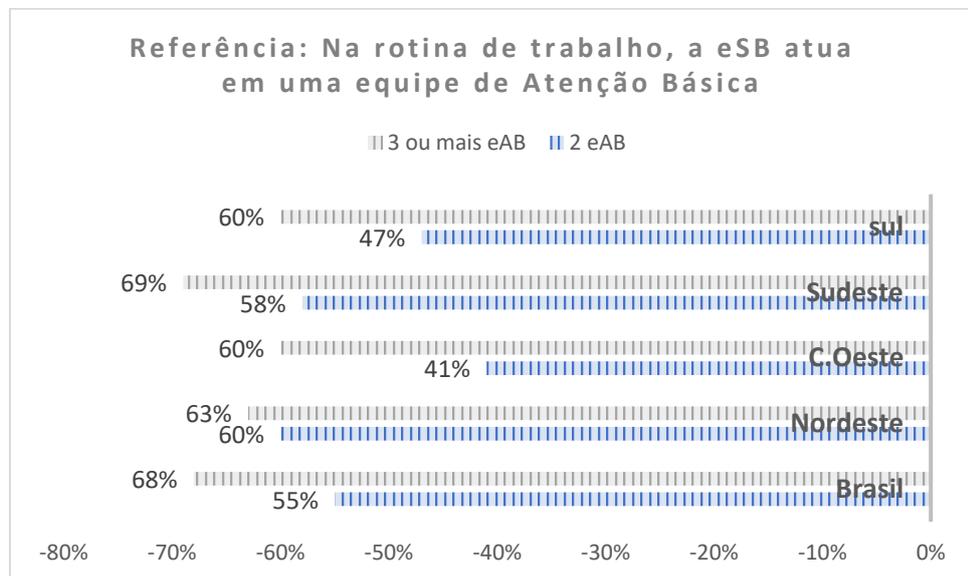
Face ao exposto, os estudos citados anteriormente apontam que a garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal dependeria de fatores relacionados ao processo de trabalho das equipes na APS. Neste sentido os resultados do presente estudo corroboram com estes achados ao analisar as dimensões: Territorialização e população de referência, apoio matricial à equipe de Saúde Bucal, organização da agenda e oferta de ações da equipe de saúde bucal.

Com isso, para melhor entendimento, esta discussão será dividida pelas dimensões citadas, demonstrando os resultados dos modelos de decisão, foco de interesse desse estudo. Serão apresentados gráficos com a interpretação em percentual da razão de chances, para cada categoria de variável significativa dos modelos ajustados de regressão logística para o Brasil e as suas regiões geográficas. O percentual positivo nos gráficos indica que a categoria apresentada aumenta a chance de o usuário obter acesso e aumenta a chance de o usuário esperar um tempo maior para atendimento, o percentual negativo, que diminui a chance de o usuário obter acesso e diminui a chance de o usuário esperar um tempo maior para os serviços de saúde bucal.

6.1 TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Quanto à territorialização e população de referência, constatou-se que o fato de a eSB atuar em uma eAB está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil e nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, mas não na região Norte. De acordo com este estudo, a eSB atuar em duas e em três ou mais eAB, em relação a atuar em uma equipe de AB, diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal, ou seja, quanto maior o número de eAB em que a eSB atua, menor a chance de o usuário obter acesso, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1. Interpretação em percentual da OR para a variável: Na rotina de trabalho a equipe de Saúde Bucal atua em uma equipe de Atenção Básica (acesso).



Estes resultados mostram a importância de atuação da equipe de Saúde Bucal em uma única equipe de Atenção Básica a fim de garantir maior cobertura e acesso à atenção em saúde bucal da população adscrita no seu território de referência, pois a eSB atuar em duas ou mais eAB resulta em sobrecarga de trabalho e diminuição do acesso do usuário à atenção odontológica.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), território é uma unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS no desenvolvimento de ações estratégicas de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, cabendo a AB atender as necessidades da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017). A concepção de território vai além de uma extensão geográfica, apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, socio cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; BARCELLOS; ROJAS, 2004; GONDIM et al., 2008).

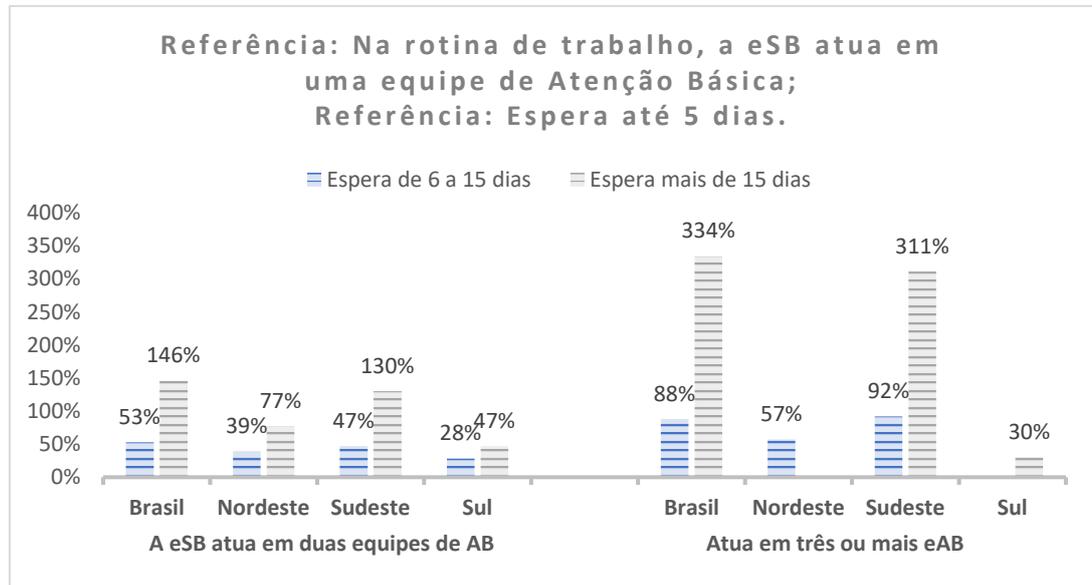
Mendes (1993) apresenta algumas definições de território, sendo elas: território-distrito como demarcação político-administrativa; território-área como a delimitação da área de atuação da UBS; território-microárea definido pelas similaridades socioeconômicas; e o território-familiar que se refere ao núcleo familiar em que a equipe realiza suas ações (MENDES, 1993; TELEMANN et al., 2016).

A desigualdade na atuação da eSB por eAB observada neste trabalho, corrobora com o estudo de Araújo (2013) que ao avaliar a interface do trabalho multiprofissional entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe da Estratégia de Saúde da Família mediante relatos dos profissionais, constatou existir desigualdade de 1 eSB para cada 2 eSF imprimindo sobrecarga de trabalho aos profissionais em decorrência da quantidade de famílias cadastradas, em torno de 7 mil usuários que a eSB deveria atender, causando frustração nos profissionais, dificuldades na realização de abordagens preventivas, de promoção da saúde e atendimento integral a todos os usuários adscritos.

A desproporção de eSB para eSF ocasiona dificuldade no acesso pelo excesso de demanda de urgência, insatisfação do usuário, sobrecarga de trabalho, aumento do tempo de espera para atendimento devido à eSB ser numericamente insuficiente para atender a grande demanda de usuários (ARAÚJO, 2013). Problemas no acesso do usuário ao serviço de saúde bucal ocasionados pela relação desproporcional da eSB e eSF também foram observados no estudo de Rodrigues et al. (2019), realizado em um município da Bahia, em que a cobertura da Estratégia Saúde da Família compreendia 78% da população e a área de saúde bucal 50%, ocasionando a existência de demanda reprimida, superlotação nas UBS e a necessidade de deslocamento dos usuários em busca de atendimento até a unidade onde possuía dentista.

Neste contexto, ainda, este estudo constatou que o fato de a equipe de Saúde Bucal atuar em uma equipe de Atenção Básica está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal, no Brasil e nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. A eSB atuar em duas e em três ou mais eAB, em relação a atuar em uma eAB, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com a eSB, quando comparado ao usuário esperar até 5 dias para consulta, ou seja, quanto maior o número de equipes de AB em que a eSB atua, maior a chance de o usuário esperar um tempo maior para consulta com o dentista, como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2. Interpretação em percentual da OR para a variável: Na rotina de trabalho a equipe de Saúde Bucal atua em uma equipe de Atenção Básica (tempo de espera).



Os resultados deste estudo mostram o quanto é importante a eSB atuar em uma equipe de Atenção Básica, para garantir atendimento ao usuário com tempo menor de espera, evitando demandas reprimidas, interrupção de tratamentos e insatisfação do usuário. Além de evitar a sobrecarga de trabalho devido à grande demanda de população adscrita no território de referência e desorganização do seu processo de trabalho.

A organização social do território influencia na maneira de produzir saúde nas comunidades e nos serviços. O território vai além da delimitação espacial, apresentando perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção e que precisa ser identificado e mapeado pelos profissionais da AB (BRASIL, 2018).

Na Atenção Básica, a demarcação física de territórios com adscrição de usuários e cadastro de famílias é necessária para compreender a dinâmica da comunidade, as relações sociais e o processo saúde-doença ali existentes, como também para criar condições de vigilância em saúde, organizar e realizar intervenções sobre os problemas que surgem no território (GONDIM et al., 2008; TETEMANN et al, 2016).

A PNAB (2017) estabelece que “independente da modalidade adotada, os profissionais de eSB são vinculados a uma equipe de AB ou eSF, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a eSF ou AB a qual integra”. No entanto, a desproporção na relação 1

eSB para 2eSF favorece a realização de procedimentos curativos e dificulta a realização de ações preventivas e de promoção em saúde bucal (PIRES, 2020). Nesta perspectiva, são muitas as demandas a serem desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, que prejudicam o processo de trabalho e acarreta esgotamento profissional, demanda excessiva e conseqüentemente, aumento no tempo de espera para consulta.

Este estudo mostra que, no Brasil, a eSB atuar em duas eAB, em relação à atuar em uma eAB, aumenta em 56% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias), e em 146% a chance de esperar (> 15 dias) e a eSB atuar em três ou mais eAB, em relação à atuar em uma eAB, aumenta em 88% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 334% a chance de um usuário esperar (> 15 dias), quando comparado à um usuário esperar até 5 dias para consulta com o dentista.

Nas regiões, o Sudeste mostrou percentual semelhante ao Brasil, em que a eSB atuar em duas eAB, em relação a atuar em uma eAB, aumenta em 47% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 130% a chance de esperar (> 15 dias). A eSB atuar em três ou mais eAB, em relação à atuar em uma eAB, aumenta em 92% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 311% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado à um usuário esperar até 5 dias para atendimento, sendo a região em que o usuário tem mais chances de esperar por um tempo maior para atendimento com a eSB quando esta atua em mais de uma eAB em relação a atuar em uma eAB. Estes resultados demonstram o quanto a desproporção de uma eSB para duas ou mais eAB fragilizam o processo de trabalho das equipes e à atenção em saúde bucal ofertada na AB.

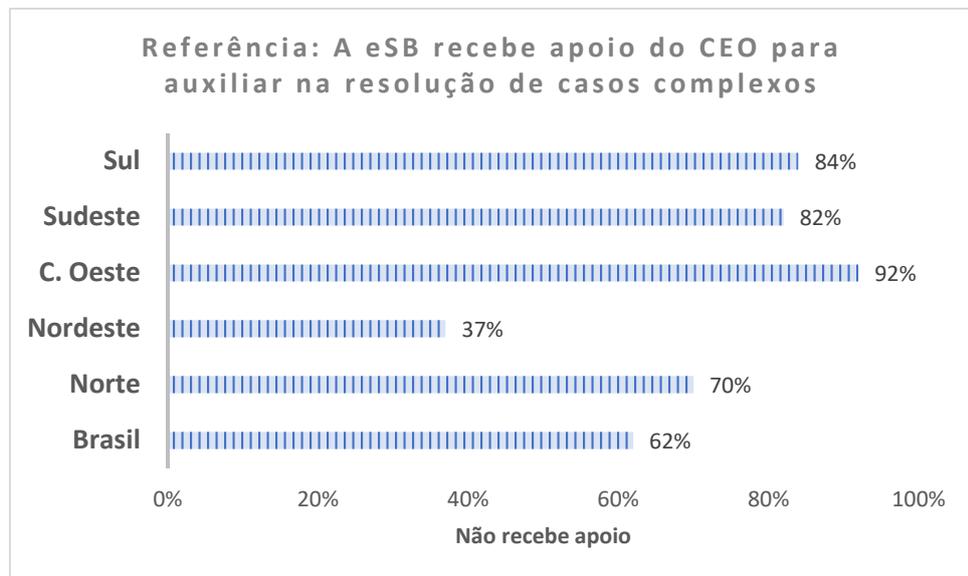
A oferta dos serviços em saúde bucal pode apresentar fragilidades devido a cobertura populacional das eSB, que podem refletir no tempo de espera do usuário para atendimento com o dentista. A proporção de 1 equipe de saúde bucal para cada 2 equipes de Atenção Básica acarreta em prejuízos na oferta dos serviços, desenvolvimento das ações e vínculo da equipe com a população (SANTOS; ASSIS, 2006; RESES, 2017).

Estes resultados demonstram a necessidade de investimentos organizacionais e financeiros para implantação de mais equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, com intuito de reduzir a desigualdade no quantitativo entre equipe de Saúde Bucal e equipe de Saúde da Família, e dessa maneira, favorecer o desenvolvimento de uma atenção odontológica mais acessível, equânime e resolutiva.

6.2 APOIO MATRICIAL À EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Quanto ao apoio matricial à eSB, constatou-se que o fato da equipe de Saúde Bucal receber apoio de outros níveis de atenção como do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para resolução de casos considerados complexos está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil e nas cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). O gráfico 3 representa o percentual da razão de chances da eSB receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos. Pode-se observar que a eSB não receber apoio do CEO aumenta a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal, no Brasil e nas suas cinco regiões, em relação a eSB receber apoio do CEO.

Gráfico 3. Interpretação em percentual do OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos (acesso).



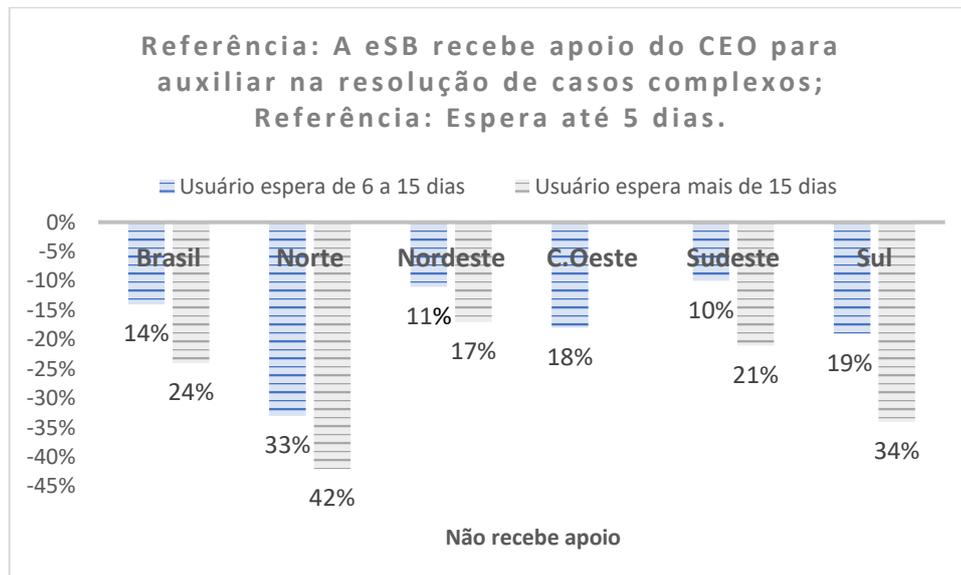
A Atenção Primária à Saúde funciona como porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde, tendo a capacidade de responder a 85% das necessidades de saúde do usuário (STARFIELD, 2002). Um estudo que avaliou o impacto da implantação e expansão da ESF no Brasil, concluiu que a expansão da ESF teve impacto positivo na vida da população brasileira, pois facilitou melhor acesso e utilização dos serviços de saúde, a redução de mortalidades, maior equidade de acesso, redução de hospitalizações e maior extensão de infraestruturas, com isso, mostra que a ESF tem sido uma abordagem eficaz de organização da APS no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Verifica-se, no gráfico 3, que, no Brasil, a eSB não receber apoio do CEO para resolução de casos considerados complexos, aumenta em 62% a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal na AB, no Centro-Oeste a chance aumenta em 92% enquanto no Nordeste aumenta em 37%, em relação a eSB receber apoio do CEO. Estes resultados poderiam ser justificados pelas características organizacionais da AB nos grandes centros urbanos, onde estão localizados os CEOs, que podem refletir em problemas de acesso, e por outro lado, estão os locais em que a AB é o único serviço disponível, tendo que usar das tecnologias e recursos disponíveis para promover a máxima resolução das demandas de saúde bucal dos usuários que buscam pelo serviço.

Segundo Camelo et al. (2016), uma realidade ainda vivenciada em alguns estados brasileiros, comum em grandes metrópoles, é a da existência de barreiras de acesso, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos e o acolhimento não faz parte da agenda, conseqüentemente, parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades e não são desenvolvidos o comprometimento e o vínculo.

Nesta perspectiva, constatou-se neste estudo que a eSB receber apoio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para resolução de casos considerados complexos, está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal, no Brasil e nas cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). O gráfico 4 representa a razão de chances, em valores percentuais, da eSB receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos. Pode-se observar que a eSB não receber apoio do CEO, em relação a eSB receber este apoio, diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com a eSB, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para consulta, no Brasil e nas suas cinco regiões.

Gráfico 4. Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal receber apoio do CEO para a resolução de casos considerados complexos (tempo de espera).



Verifica-se, no gráfico 4, que, no Brasil, a eSB não receber apoio do CEO para resolução de casos considerados complexos, em relação a receber este apoio, diminui em 14% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 24% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento. Na região Norte, a eSB não receber apoio do CEO, em relação a receber, diminui em 33% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 42% a chance de esperar (> 15 dias), enquanto no Nordeste, diminui em 11% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 17% de esperar (> 15 dias), em comparação a um usuário esperar até 5 dias para atendimento com a eSB. Estes achados, na nossa compreensão, refletem o quanto a AB consegue ser resolutiva frente as necessidades de saúde bucal dos usuários que buscam pelo serviço nas UBS.

Corroborando com estes resultados, um estudo que avaliou a qualidade da atenção em saúde bucal em um município da Bahia, por meio de entrevistas com os profissionais das equipes de Saúde Bucal, constatou que mesmo existindo alta demanda de usuários para os serviços odontológicos, a UBS não reprimia o fluxo de usuários e a equipe buscava maneiras de atender às necessidades daqueles que procuraram os serviços de saúde bucal (RODRIGUES et al, 2019).

Em outro estudo que analisou o processo de trabalho das eSB na Atenção Básica, utilizando dados do PMAQ-AB, os autores constataram existir muitos municípios que não possuem serviços especializados de referência (CEO), principalmente os mais carentes e de menor porte populacional, cabendo, nestes casos, à APS ser a mais resolutiva possível quanto

às necessidades de saúde dos usuários, por ser o único serviço disponível à população nessas localidades (BALDANI et al, 2018).

Neste contexto, ao analisarem a estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na AB, em nível nacional, Gonçalves et al. (2020) evidenciaram que o PMAQ-AB promoveu adequação satisfatória na proporção de equipamentos, insumos e instrumentos odontológicos nos consultórios odontológicos das UBS. Estas mudanças advindas do PMAQ-AB contribuem para o fortalecimento da AB, no processo de cuidado, influenciam na melhoria e qualidade dos serviços ofertados e, conseqüentemente, na ampliação do atendimento em saúde bucal oferecido à população.

O PMAQ-AB teve como objetivo incentivar gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família a ampliarem o acesso e melhorarem o padrão de qualidade dos serviços oferecidos aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012). Melhorias advindas do PMAQ-AB que potencializam a Atenção Básica, também foram evidenciadas por Feitosa et al. (2016) que, por meio de entrevistas com gestores e profissionais da AB, constataram ocorrer melhorias na organização do trabalho, nos recursos materiais e na infraestrutura das UBS, impulsionando a ampliação do acesso e melhor atendimento as demandas dos usuários.

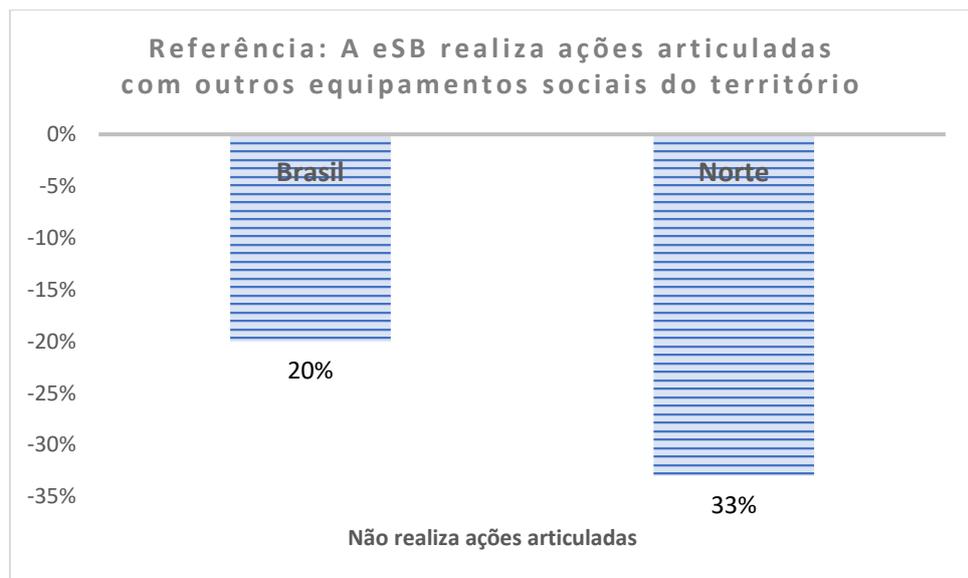
Persistir para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, contribuirá para melhorias em saúde e em ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018). No entanto, este modelo de atenção encontra-se, no momento, sob ameaça, devido às novas orientações da PNAB (2017), que reduzem a prioridade da ESF, permitindo estabelecer novas formações de equipes de Atenção Básica, sem obrigatoriedade de ACS, com carga horária mínima do profissional, de 10 horas semanais, e modifica o modelo de financiamento da APS. Estas iniciativas comprometerão os componentes do modelo assistencial delineado a partir da ESF e nos princípios de Universalidade, integralidade e equidade do SUS (GIOVANELLA et al., 2020).

Contudo, as informações fornecidas pelos dados advindos da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, fonte de dados desta pesquisa, auxiliam na identificação de fragilidades presentes na Atenção Básica, que podem subsidiar no processo de tomada de decisão para o fortalecimento deste nível de atenção, por meio da reorganização das ações desenvolvidas pelas equipes proporcionando maior acesso e melhor atendimento às demandas dos usuários.

6.3 ORGANIZAÇÃO DA AGENDA E OFERTA DE AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

No tocante à organização da agenda e à oferta de ações da equipe de Saúde Bucal, constatou-se que a eSB realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território está associado ao acesso do usuário no Brasil, como também na região Norte, não sendo associado ao acesso nas demais regiões. Neste estudo, observou-se que a chance de o usuário obter acesso à atenção odontológica diminui quando a eSB não realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território. No gráfico 5, mostra-se o quanto diminui essa chance quando não se realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais, em relação a eSB realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território.

Gráfico 5. Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (acesso).



Esse resultado demonstra a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais entre as equipes da Atenção Básica com outros equipamentos sociais do território na garantia do acesso do usuário ao cuidado em saúde, por meio de interlocuções com escolas, outros setores do SUS, associações de moradores, dentre outros. Ou seja, desenvolver ações com equipamentos que tenham relevância na comunidade, que seja possível a integração de projetos e redes de apoio social, cujo direcionamento seja para fortalecimento de uma atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2017).

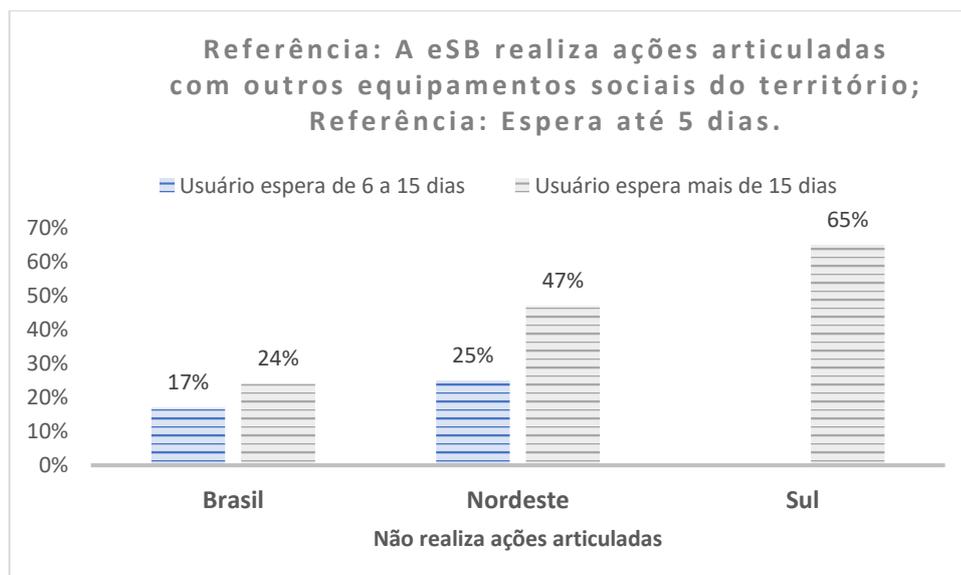
O estudo de Souza et al. (2020) registrou, pela ótica dos profissionais das equipes da Atenção Básica, que poucas ações são desenvolvidas conjuntamente com outros setores

sociais do território. Seja por dificuldades no desenvolvimento de gestão compartilhada, comunicação e articulação entre os setores, ou por ações conjuntas esporádicas e pontuais, sem planejamento, coordenação e continuidade, além da organização do trabalho ainda ser focada na assistência clínica, concordando com outros trabalhos (DIAS et al., 2014; CAVALCANTI; CORDEIRO, 2015).

Em um estudo que avaliou a organização do cuidado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na Amazônia, foi evidenciado baixo comprometimento das equipes com a realização de atividades com outros equipamentos sociais do território, onde a realização de ações preventivas e de promoção da saúde, particularmente as intersetoriais e as voltadas a comunidade foram bem limitadas (GARNELO et al., 2014).

Constatou-se, ainda neste estudo, que a eSB realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal no Brasil, como também nas regiões Nordeste e Sul. A eSB não realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, em relação a realizar estas ações, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para consulta, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. No gráfico 6, mostra-se o quanto aumenta essa chance quando não se realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais.

Gráfico 6. Interpretação em percentual da OR para a variável: A equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território (tempo de espera).



A intersetorialidade potencializa a proposta da Estratégia Saúde da Família, por adotar como princípios a integração de vários saberes e setores, proporcionando uma percepção

mais abrangente da realidade e dos processos de saúde da comunidade em que a equipe está inserida (DIAS et al., 2014). Os resultados deste estudo mostram que, no Brasil, a eSB não realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, em relação a realizar, aumenta em 17% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e em 24% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Na região Nordeste, a eSB não realizar ações articuladas, em relação a realizar, aumenta em 25% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 47% a chance de esperar (> 15 dias) e na Sul aumenta em 65% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Fragilidades na intersetorialidade também foram observadas em um estudo sobre as práticas de vigilância em saúde bucal no território. A maioria dos profissionais das eSB afirma não realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, no entanto, quando realizavam, predominavam práticas educativas conservadoras e poucas ações de promoção da saúde, enfraquecendo a organização do processo de trabalho das equipes com base na realidade socio, econômico e cultural, proposta pela ESF (GOMES et al., 2020).

Em um estudo que analisou as potencialidades e dificuldades das ações intersetoriais em equipes da ESF, Silva e Tavares (2016) constataram existir, na percepção dos profissionais quanto às práticas desenvolvidas, a sensação de insatisfação e impotência, pois consideravam seu trabalho ineficiente, mesmo estando estabelecidas algumas iniciativas de ações intersetoriais. Ornelas e Teixeira (2015), ao discutirem a intersetorialidade por meio da experiência com o Projeto Teia-escola Manguinhos, também relataram existir pouco diálogo e desarticulação entre os setores sociais. Desse modo pode-se dizer que a articulação intersetorial no setor da saúde ainda possui fragilidades e não está consolidada, o que compromete a atenção integral à saúde dos usuários e da comunidade.

No tocante à agenda da equipe de Saúde Bucal, a existência de reserva de vagas ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil e na região Norte. Observou-se que a chance de o usuário obter acesso diminui quando não existe reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, em relação a existir reserva de vagas na agenda da eSB para este atendimento.

No Brasil, quando a eSB não reserva na agenda um horário de fácil acesso para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames diminui em 31% a chance de o usuário

obter acesso aos serviços de saúde bucal, em relação a eSB reserva na agenda um horário de fácil acesso para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames. A chance de o usuário obter acesso diminui ainda mais na região Norte (52%) quando não existe este horário de fácil acesso para que o usuário possa sanar suas necessidades, em relação a existir horário de fácil acesso para esta finalidade. Estes resultados mostram a importância de planejamento e organização da agenda da equipe, que deve incluir os atendimentos programados e os horários para atendimento à demanda espontânea que possam ser identificados durante o acolhimento e que necessitem de atenção no mesmo dia, como também espaços para escuta do usuário (SAVASSI, 2013). A organização da agenda da equipe favorece a ampliação do acesso do usuário ao serviço como também melhora o atendimento e diminui a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos.

Neste estudo, também foi constatado que existir reserva de vagas na agenda da equipe de Saúde Bucal, ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a eSB, no Brasil e nas regiões Norte e Sudeste. A chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com o dentista aumenta quando não existe reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, em relação a existir esta reserva de vagas e quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento com a eSB.

No Brasil, quando a eSB não reserva na agenda um horário de fácil acesso para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, em relação a eSB reservar na agenda horário para esta finalidade, aumenta em 60% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Na região Norte, quando não existe este horário de fácil acesso para que o usuário possa mostrar resultados de exames, em relação a existir esta reserva de vagas, aumenta em 158% a chance de esperar (> 15 dias) e no Sudeste aumenta em 38% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 98% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento.

O planejamento e organização da agenda pela eSB é uma ferramenta importante para garantir acesso e atendimento em momento oportuno ao usuário, evitando demanda reprimida e longo tempo de espera. A agenda é um recurso-chave para otimizar o tempo, priorizar e programar a atenção com base nas necessidades de saúde bucal da população, pode

promover a reorganização do processo de trabalho das equipes, garantir equidade e integralidade das ações (BRASIL, 2012).

Neste estudo, pudemos observar que a existência de reserva de vagas na agenda da equipe de Saúde Bucal, ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas ou mostrar como evoluiu sua situação, está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal, nas regiões Norte e Centro-Oeste. A chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com o dentista diminui no Norte e aumenta no Centro-Oeste, quando não existe reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa sanar dúvidas ou mostrar como evoluiu sua situação, em relação a eSB reservar estas vagas na agenda, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento.

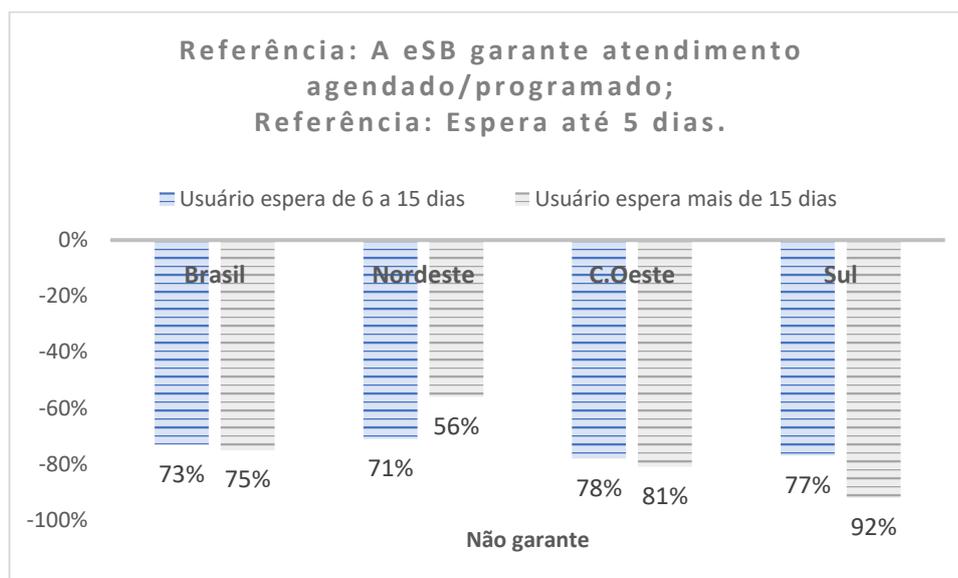
No Norte, quando a eSB não reserva na agenda um horário de fácil acesso para que o usuário possa sanar dúvidas ou mostrar como evoluiu sua situação, em relação à eSB reservar este horário na agenda, diminui em 52% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Em contrapartida, no Centro-Oeste, quando não existe este horário de fácil acesso para que o usuário possa sanar dúvidas ou mostrar como evoluiu sua situação, em relação a existir esta reserva de vagas na agenda, aumenta em 86% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 106% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Esse fato pode ser explicado pelas diferentes necessidades assistenciais existentes entre as regiões brasileiras, que reflete nos resultados das ações em saúde desenvolvidas pelas equipes na AB (NAVAI, 2006; TAMBARA et al., 2020).

A possibilidade de organização da agenda pela eSB pode tornar possível um maior controle da demanda para atendimento, garantindo menor tempo de espera para o usuário aos cuidados em saúde bucal. Melo et al. (2016), ao avaliarem a construção de uma agenda de gestão compartilhada, constataram que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados reconheceram a agenda como instrumento fundamental para a reorganização do processo de trabalho das eSB e, após sua implantação, verificou-se aumento na cobertura em 63%, redução em 30% nos casos de urgência e aumento de 11% nos tratamentos concluídos.

Os resultados deste estudo mostram que a eSB garantir atendimento agendado/programado está associado ao tempo de espera do usuário aos serviços de saúde bucal. Observa-se que a eSB não garantir atendimento agendado/programado, em relação a eSB

garantir, diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com a eSB, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Pode-se observar no gráfico 7 que não garantir atendimento agendado/programado diminui a chance de o usuário esperar um tempo maior para atendimento com a eSB no Brasil e nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul.

Gráfico 7. Interpretação em percentual da OR para a variável: A eSB garante atendimento agendado/programado (tempo de espera).



Sobre à organização da agenda, este estudo demonstra um número expressivo de eSB, participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, que responderam garantir atendimento agendado/programado e atendimento de demanda espontânea. Estes achados corroboram com o observado em estudo realizado na Paraíba, utilizando dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, em que a maioria dos profissionais das eSB garantia atendimento agendado e por demanda espontânea (PINTO et al., 2020).

No Brasil, a eSB não garantir atendimento agendado/programado, em relação a eSB garantir, diminui em 73% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 75% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Valores percentuais semelhantes foram observados entre as regiões. No Nordeste, a eSB não garantir atendimento agendado/programado, em relação à eSB garantir, diminui em 71% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 56% a chance de esperar (> 15 dias) e, no Sul, diminui em 77% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 92% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento. Estes

resultados refletem a possibilidade de que grande parte dos atendimentos em saúde bucal ofertados nestas regiões ocorrem por demanda espontânea.

Essa hipótese vai ao encontro aos achados de Valença et al. (2021) que, ao avaliarem a atenção em saúde bucal de crianças e adolescentes em João Pessoa – PB, constataram que em todas as USFs havia atendimento por demanda espontânea e 41,5% dos CDs relataram que os pacientes atendidos não eram agendados. Resultados semelhantes também foram encontrados por Warkentin et al. (2017), que ao avaliarem a atenção em saúde bucal em um município da região metropolitana de Curitiba -PR, concluíram que a porta de entrada aos serviços de saúde bucal continua preferencialmente sendo por demanda espontânea, e que a maior parte dos usuários consideravam o tempo de espera curto para atendimento.

A instituição de planejamento e organização da agenda, pela eSB é um instrumento importante para o desenvolvimento de ações programadas e espontâneas, visando o cuidado a todos os usuário e garantia de acesso com menor tempo de espera para atendimento. No entanto, uma das principais dificuldades encontradas pelos serviços de saúde bucal no cotidiano das UBS tem sido relacionada à organização da demanda de usuários (CASOTTI et al., 2014; NEVES et al., 2019).

Assim como nesta pesquisa, a organização da agenda também foi analisada em outros estudos realizados nas diferentes regiões brasileiras, em que os autores constataram que a maioria das equipes de Saúde Bucal realizavam agendamento para atendimento programado e atendimento de demanda espontânea (NEVES et al., 2019; JÚNIOR et al., 2020; PIRES et al., 2020).

Em relação ao atendimento à demanda espontânea, os resultados desse estudo demonstram que quando a equipe de Saúde Bucal não realiza atendimento de urgência diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal, diminuindo a chance de acesso no Brasil em 38% e na região Centro-Oeste, à chance de o usuário obter acesso diminui em 78%, em relação a eSB realizar atendimento de urgência à demanda espontânea. Este cenário reflete as características de organização do processo de trabalho e da oferta dos serviços, como também os aspectos socioculturais que podem influenciar na frequência de atendimentos de urgência à demanda espontânea. Muitos usuários ainda não priorizam o tratamento odontológico de forma preventiva, preferindo ou buscando atendimento quando estão com alguma condição de saúde bucal mais aguda (TAVARES et al., 2013; VIANA et al., 2019).

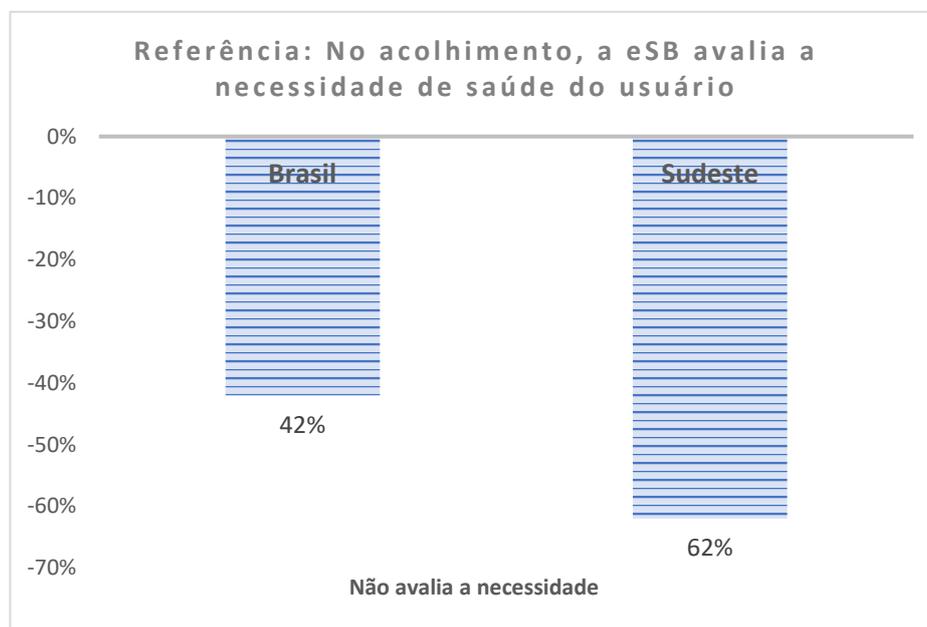
De acordo com os resultados deste estudo, também é possível observar que no atendimento a demanda espontânea a eSB não realizar orientação, em relação a eSB realizar, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Na região Norte, não realizar orientação à demanda espontânea, em relação a realizar, aumenta em 136% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias), e no Sul aumenta em 282% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 159% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento. Estes achados podem estar relacionados à predominante realização do acolhimento à demanda espontânea, momento em que a eSB escuta e orienta o usuário, quando isso não acontece, o tempo de espera para atendimento é comprometido.

Corroborando com os resultados deste estudo, que mostra quando a eSB não orienta o usuário no atendimento à demanda espontânea, ele espera um tempo maior para consulta, Soares et al. (2020), ao avaliarem o mapeamento da rede de atenção à saúde bucal da região metropolitana de Porto Alegre - RS, constataram que quase o total de equipes de Saúde Bucal analisadas, realizavam atendimento à demanda espontânea e era predominante a realização do acolhimento à demanda espontânea na totalidade das eSB. E dessa maneira, espaços para escuta e orientação são presentes na rotina de trabalho das UBS destes locais.

O acolhimento refere-se a um processo relacional de encontro entre sujeitos e tecnologias, é o reconhecimento das lógicas de saúde do usuário para a definição lógica do projeto terapêutico (WARMLING et al., 2019). Quanto ao processo de trabalho, o acolhimento busca deslocar a centralidade do médico para uma equipe multiprofissional, a qual é encarregada de realizar escuta qualificada do usuário, compromete-se a resolver seu problema de saúde, e a transformar a relação profissional e usuário com base em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (CAMELO et al., 2016). Estes aspectos condizem com a construção social da APS, com a adoção de uma modelo de gestão de saúde baseado nas características e necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, o presente estudo constatou que, no acolhimento, a equipe de Saúde Bucal avaliar a necessidade de saúde do usuário está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na AB, no Brasil e na região Sudeste. No gráfico 8 é visualizado o quanto diminui a chance de o usuário obter acesso quando a equipe de Saúde Bucal não avalia a necessidade de saúde do usuário no acolhimento, em relação a eSB avaliar a necessidade de saúde do usuário no acolhimento.

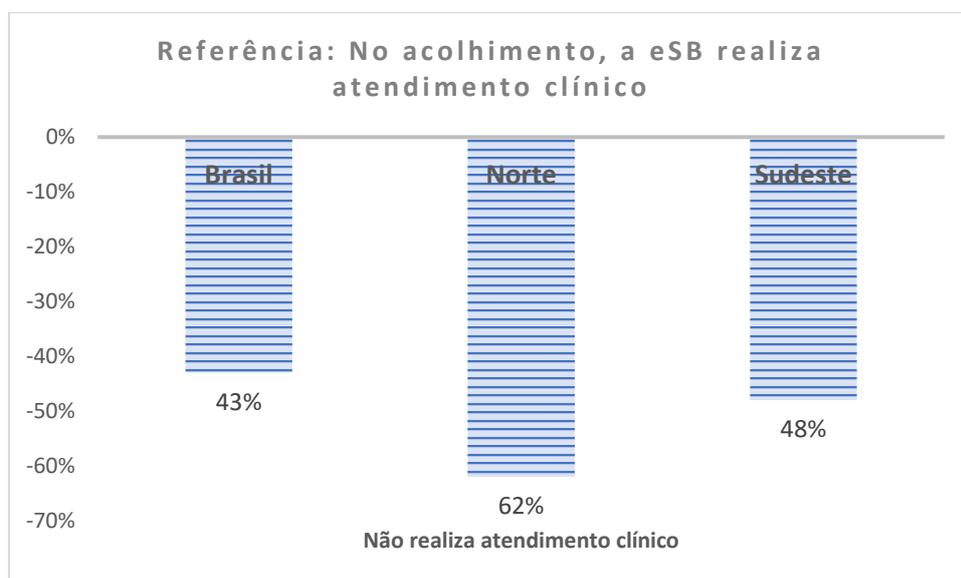
Gráfico 8. Interpretação em percentual do OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal avalia a necessidade de saúde do usuário (acesso).



Um ponto a ser considerado, a partir destes dados, é a importância da realização do acolhimento pela equipe e a avaliação das necessidades de saúde do usuário, para garantia do acesso a todas as pessoas que buscam o serviço. Adotar a prática do acolhimento no cotidiano, é complexo e necessita ser exercida de forma humanizada, com escuta qualificada frente às diversas demandas dos usuários. O acolhimento não faz parte de um sistema burocrático e sim é uma maneira singular de acolher cada usuário, garantir o acesso ao serviço, possibilitando um cuidado integral e contínuo por meio da formação de vínculo usuário/profissional (MARTINS et al., 2019).

Constatou-se, ainda, que a equipe de Saúde Bucal, no acolhimento, realizar atendimento clínico está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil, nas regiões Norte e sudeste. No gráfico 9 é possível observar o quanto diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal quando a equipe de Saúde Bucal, no acolhimento, não realiza atendimento clínico em relação a eSB realizar atendimento clínico, no acolhimento do usuário.

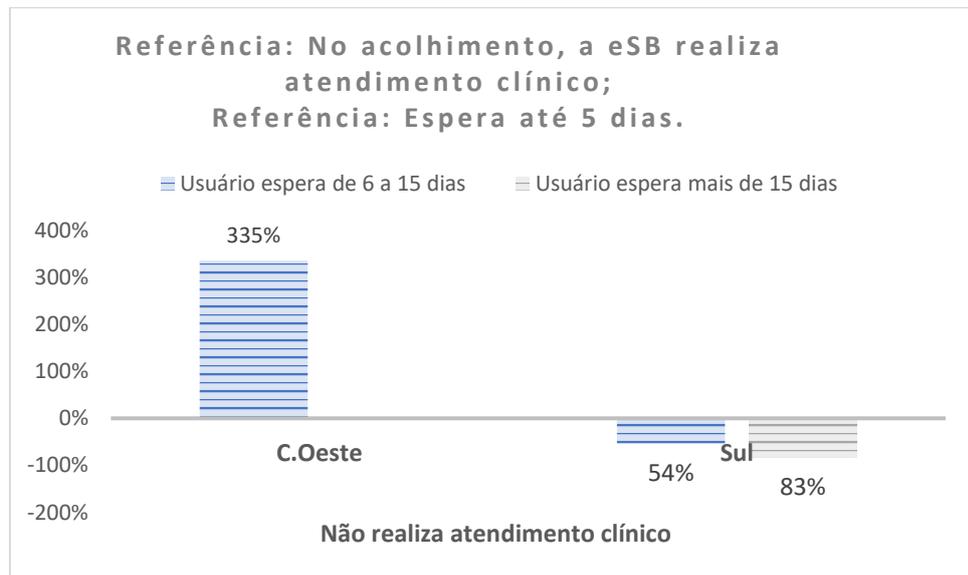
Gráfico 9. Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal realiza atendimento clínico (acesso).



No contexto da APS, acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou triagem e passa a envolver a escuta das necessidades de saúde do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pela resolubilidade das demandas identificadas (OLIVEIRA et al., 2008). No entanto, na rotina de trabalho de algumas equipes da Estratégia Saúde da Família, o acolhimento é entendido como uma atividade, cuja finalidade é a consulta médica, focada apenas na organização da oferta do serviço e não na demanda do usuário (GARUZI, 2014). Dessa forma, são geradas barreiras decorrentes de uma organização fragmentada do processo de trabalho das equipes que dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde na AB.

Observou-se, no presente estudo, que a equipe de Saúde Bucal, no acolhimento, não realizar atendimento clínico está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a eSB, nas regiões Centro-Oeste e Sul. No gráfico 10, é possível observar que no Centro-Oeste, quando a eSB, no acolhimento, não realiza atendimento clínico, em relação a eSB realizar este atendimento, aumenta em 335% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias). No Sul, diminui em 54% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 83% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento com a eSB.

Gráfico 10. Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal realiza atendimento clínico (tempo de espera).



Estes resultados mostram o quanto o processo de trabalho da eSB pode refletir de maneira distinta sobre o tempo de espera do usuário para consulta, nas diferentes regiões, mesmo que este processo contemple, ou não, as mesmas ações. Pode-se dizer que não existe uma maneira específica de fazer acolhimento, entende-se que envolve o ato de ouvir atentamente o usuário do serviço de saúde, de forma que vai além do diagnóstico puramente técnico, é espaço para criação de possibilidades de cuidado entre a equipe e o usuário (BRASIL, 2000; GIORDANI et al., 2020).

O acolhimento, em cada localidade, apresenta singularidades, pois são consideradas as características de cada território, os modos de vida, as condições socioeconômicas e culturais de cada usuário. Esta prática de cuidado deve ser organizada com o objetivo de acolher a demanda espontânea, os casos de urgência e dar resolutividade as necessidades de saúde dos usuários (SILVA; ROMANO, 2015; LIMA et al., 2020).

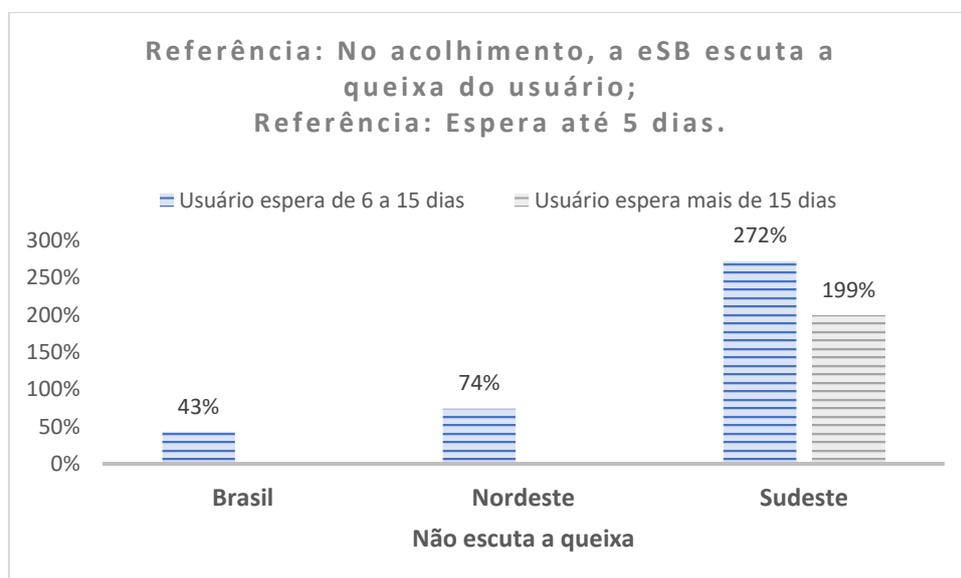
De acordo com os resultados deste estudo, ainda é possível observar que no acolhimento, a eSB não encaminhar o usuário para outro serviço, está associado ao tempo de espera para atendimento com a eSB, no Brasil e na região Sul. No Brasil, quando a eSB, no acolhimento, não encaminha o usuário para outro serviço, em relação a eSB encaminhar, aumenta em 32% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 29% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento e, na região Sul, aumenta em 106% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 56% a chance de esperar (> 15 dias) quando comparado a um

usuário esperar até 5 dias. Estes achados reforçam que as particularidades de cada local refletem nos resultados das ações desenvolvidas pela eSB, quanto ao cuidado em saúde bucal.

Contudo, o acolhimento deve estar presente em todas as formas de cuidado, e ocorre no momento em que o profissional compreende as necessidades do usuário e o direciona de acordo com as demandas identificadas, responsabilizando-se pela redução ou eliminação dos problemas e/ou sofrimentos apresentados pelo usuário (BORGES; SILVA, 2015; SEIXAS et al., 2021).

Neste contexto, observou-se neste estudo que, no acolhimento, a eSB escutar a queixa do usuário está associado ao tempo de espera para atendimento com a eSB. Verificou-se que, quando a eSB, no acolhimento, não escuta a queixa do usuário, em relação a eSB escutar, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste, como pode ser visualizado no gráfico 11.

Gráfico 11. Interpretação em percentual da OR para a variável: No acolhimento, a equipe de Saúde Bucal escuta a queixa do usuário (tempo de espera).



Estes resultados mostram a importância da escuta das queixas do usuário pelos profissionais da eSB durante a realização do acolhimento, demonstrando ser uma ação que afeta no tempo de espera do usuário para atendimento em saúde bucal. Compreende-se o acolhimento como método de escuta qualificada cuja intenção é oferecer respostas as demandas do usuário, no entanto, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e ações de atendimento a urgências (COUTINHO et al., 2015; PINTO; MARTINS, 2020).

É possível observar, neste estudo, que, no Brasil, a eSB no acolhimento, não escutar a queixa do usuário, em relação a eSB escutar, aumenta em 43% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Nas regiões, no Nordeste a eSB não escutar a queixa do usuário, em relação a escutar, aumenta em 74% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, e no Sudeste aumenta em 272% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 199% a chance de esperar (> 15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Desse modo, pode-se dizer que o processo de trabalho das eSB que não contempla a escuta das demandas do usuário no acolhimento, influencia no aumento do tempo de espera do usuário para atendimento com a saúde bucal.

Graff e Toassi (2018) concluíram que, na percepção de cirurgiões-dentistas da APS, foram considerados dispositivos facilitadores da produção do cuidado, práticas clínicas caracterizadas por acolhimento de escuta e diálogo com o usuário, com produção de subjetividades, que se expressam pelo reconhecimento do usuário como sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das do corpo físico.

O acolhimento em saúde bucal, nas suas diferentes dimensões, desencadeia transformações nas relações entre profissionais e usuários estabelecidas nos espaços de cuidado, no processo de trabalho e na organização dos serviços de saúde. Portanto, é necessário que se desenvolvam práticas com significados mais acolhedores e humanísticos no cuidado em saúde bucal, pois quanto mais o dentista compreende os usuários que o procuram mais positiva e produtiva será a atenção odontológica (PINTO; MARTINS, 2020).

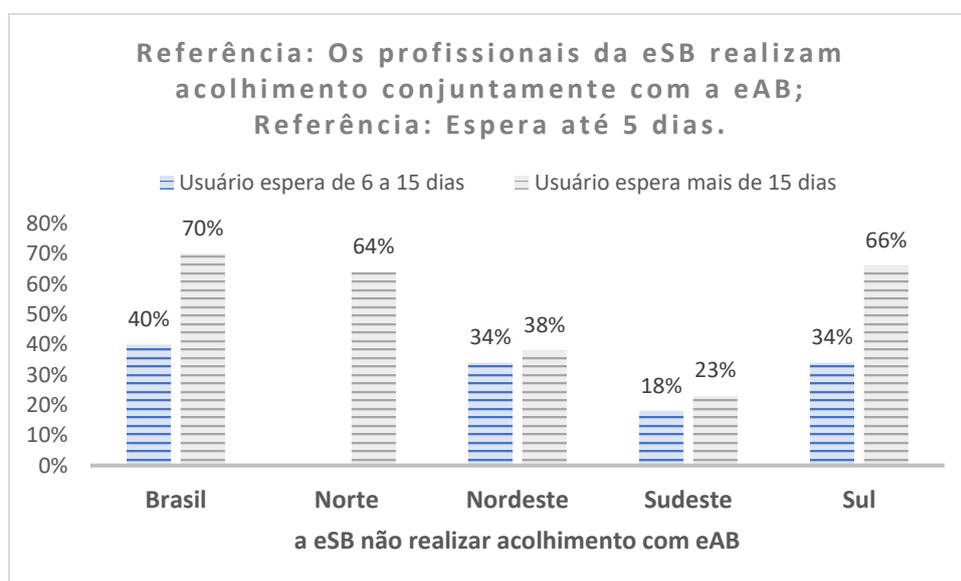
Outro fator importante que é atribuído para o fortalecimento da Atenção Básica é a participação da equipe multiprofissional na realização do acolhimento do usuário na UBS, não ficando esta função apenas com os profissionais da enfermagem. Pois as UBSs são os locais onde se constituem à aproximação e o vínculo entre o profissional e o usuário, essencial no processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF. É importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais irão participar do acolhimento, pois a atuação multiprofissional exige tomada de decisão coletiva, na qual os saberes são específicos, mas as responsabilidades são iguais e compartilhadas (COSTA et al., 2018).

No presente estudo, constatou-se que os profissionais da eSB realizarem acolhimento conjuntamente com a eAB está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal. Foi verificado que os profissionais da eSB não realizarem acolhimento

conjuntamente com a equipe de AB diminui a chance de o usuário obter acesso em 13% no Brasil e em 36% na região Nordeste, em relação a eSB realizar acolhimento conjuntamente com a eAB. Tais resultados reforçam que o acolhimento realizado pela equipe de Saúde Bucal e a disponibilidade dos profissionais para dialogar sobre dúvidas, preocupações e problemas de saúde bucal são os fatores que impactam fortemente na sua qualificação e no acesso do usuário ao serviço de saúde (MOIMAZ et al., 2017).

Constatou-se ainda neste estudo, que os profissionais da eSB realizarem acolhimento conjuntamente com a eAB está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a eSB. Foi observado que os profissionais da eSB não realizarem acolhimento conjuntamente com a eAB, em relação a eSB realizar o acolhimento com a eAB, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil, nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, como pode ser visualizado no gráfico 12.

Gráfico 12. Interpretação em percentual da OR para a variável: Os profissionais da equipe de Saúde Bucal fazem acolhimento conjuntamente com a equipe de atenção Básica (tempo de espera).



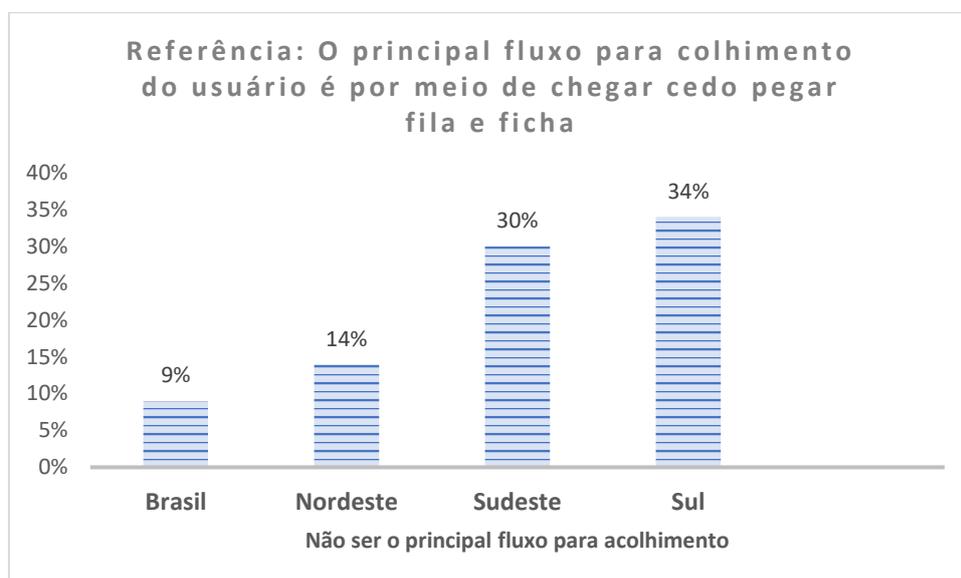
O acolhimento abrange um processo relacional de encontro entre sujeitos e tecnologias, ou seja, o reconhecimento das lógicas de saúde do usuário para definição tecnológica do projeto terapêutico. Dessa maneira, todos os profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Básica devem realizar o acolhimento, para que todos estabeleçam uma relação de cuidado com o usuário ((PINTO; MARTINS, 2020).

Os resultados deste estudo mostram que, no Brasil, a eSB não realizar acolhimento conjuntamente com a eAB, em relação a eSB realizar, aumenta em 40% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 70% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Nas regiões, aumenta em 64% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) no Norte; aumenta em 34% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 38% a chance de esperar (> 15 dias) no Nordeste; aumenta em 18% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 23% a chance de esperar (>15 dias) no Sudeste e aumenta em 34% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 66% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento no Sul, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Estes achados demonstram a importância da atuação conjunta da eSB com a eAB na realização do acolhimento, para garantia de atendimento ao usuário com tempo de espera menor, evitando assim, demanda reprimida, desistência e insatisfação.

É importante compreender que o acolhimento não deve ser restrito a médicos e enfermeiros. Todos os profissionais da área da saúde devem estar aptos para acolher o usuário e, dessa maneira, o acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe multiprofissional, ocorrendo durante todo o funcionamento do serviço (SEIXAS et al., 2021). No entanto, ainda é difícil a compreensão dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a implantação do acolhimento e humanização na APS preconizado pela Política Nacional de Humanização (NOBRE et al., 2016). Contudo, inúmeras são as possibilidades para a realização de um acolhimento humanizado, que deve ocorrer com a participação de todos os profissionais do serviço de saúde, visando promover melhorias na atenção às necessidades de saúde do usuário (BARROS et al., 2014).

Neste contexto de acolhimento, o presente estudo mostra que o principal fluxo para acolhimento do usuário ser por meio de chegar cedo e pegar fila e ficha está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica. Observou-se que o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha aumenta a chance de o usuário obter acesso no Brasil, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, em relação ao principal fluxo para acolhimento do usuário ser por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha, como pode ser visualizado no gráfico 13.

Gráfico 13. Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha (acesso).



Em um estudo de Giordani et al. (2020) utilizando dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, que avaliou a prevalência do acolhimento realizado pelas equipes na AB, nas macrorregiões brasileiras, constatou-se existir uma distribuição desigual na realização de acolhimento no Brasil. Esta desigualdade poderia estar relacionada ao desenvolvimento regional, e na região Sul se observou a maior prevalência na realização de acolhimento pelas equipes da AB. Estes resultados corroboram com esse estudo, visto que foram observadas diferenças regionais quanto ao principal fluxo para acolhimento, e na região Sul quando não é preciso chegar cedo, pegar fila e ficha aumenta em 34% a chance de o usuário obter acesso ao serviço de saúde bucal, em relação a ser preciso pegar fila e ficha, cenário que pode ser explicado pela existência do acolhimento organizado nas UBS, pois cerca de 65,7% dos profissionais das eSB dessa região, responderam que o principal fluxo para acolhimento do usuário não é por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha.

O estudo de Camelo et al. (2016), ao analisar o acolhimento na APS, observou ainda prevalecer o trabalho em saúde nos moldes tradicionais, centrados na consulta médica, agendamento por meio de filas e fichas para a demanda espontânea, contribuindo para que muitos usuários ainda deixem a UBS sem resolver seus problemas. Neste estudo, o Centro-Oeste foi a única região em que o principal fluxo para acolhimento do usuário ser por ordem de chegada na UBS, esteve associado ao acesso aos serviços de saúde bucal. Constatou-se que o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por meio de ordem de chegada diminuiu em 31% a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal na AB, em relação ao

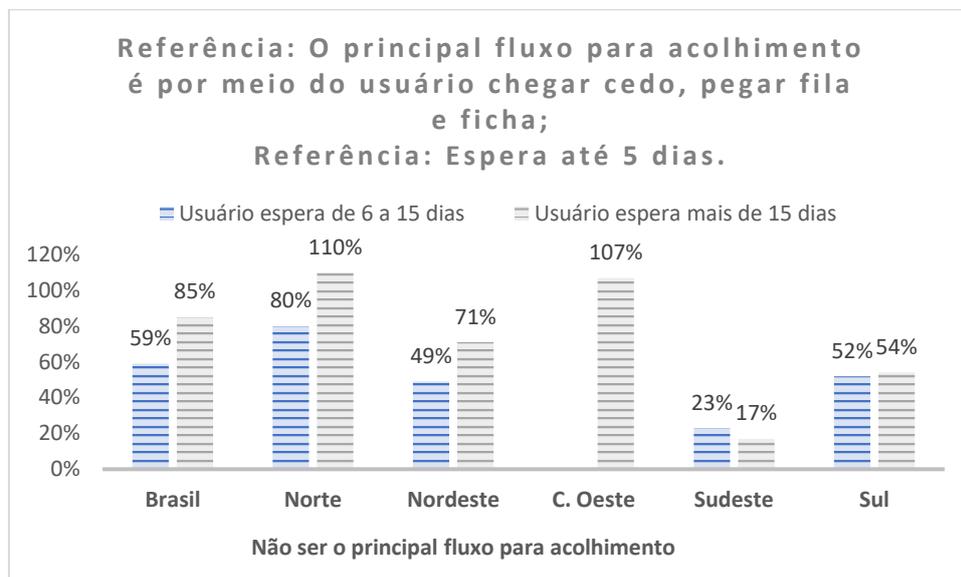
principal fluxo para acolhimento do usuário ser por meio de ordem de chegada. Nesta região, existem barreiras de acesso presentes no cotidiano do serviço, em que predomina a lógica da ordem de chegada com a necessidade de o usuário se deslocar cedo até a UBS para tentar marcar consulta (CAMELO et al., 2016).

Fragilidades no acesso aos serviços da AB na região Centro-Oeste também foram evidenciadas em um estudo realizado em Anápolis-GO. Ao analisar as dificuldades enfrentadas pelas equipes na implementação do acolhimento em uma UBS, as autoras constataram existir alta demanda, dificuldades no acolhimento do usuário, fragilidades na organização da agenda, filas de espera para atendimento e vínculo incipiente. Existe a necessidade de mudanças no processo de trabalho da equipe para garantir acesso e cuidado com base nas necessidades do usuário e a comunidade (MARQUES; SILVA, 2020).

A construção social, demográfica, econômica e cultural das regiões brasileiras, de modo particular, como pode se observar nos resultados deste estudo, implica diretamente na organização de suas políticas sociais, entre elas, a política de saúde, e com isso, traduz impacto na produção de saúde e no processo de trabalho das equipes de saúde (CARRAPATO et al., 2017; MOTA et al., 2019; SILVA et al., 2019; GIORDANI et al., 2020).

Também pode-se observar, neste estudo, que o principal fluxo para acolhimento do usuário ser por meio de chegar cedo e pegar fila e ficha está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a eSB na AB. Verificou-se que o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha, em relação a ser por este meio, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, , como pode ser visualizado no gráfico 14.

Gráfico 14. Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha (tempo de espera).



Estes resultados reforçam que, no cotidiano dos serviços de saúde, prevalecem práticas de atendimento pautadas na demanda espontânea. É possível observar que, no Brasil, o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por meio de chegar cedo, pegar fila e ficha, em relação a ser por este meio, aumenta em 59% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e em 85% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Nas regiões, aumenta em 80% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 110% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, no Norte. Enquanto no Sudeste, aumenta em 23% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 17% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Neste contexto, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas as maneiras de cuidado, podendo se configurar de diferentes formas, dependendo de quem participa, de como, e em que condições este processo acontece (LOPES et al., 2015; SOUZA; BARBOSA, 2021).

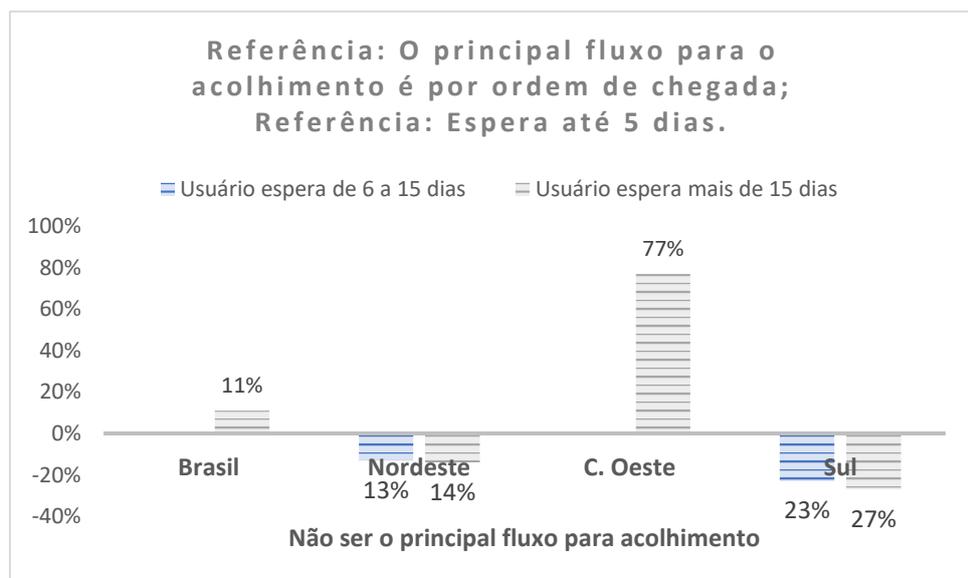
Corroborando com os resultados deste estudo, Figueiredo et al. (2020), ao analisarem a acessibilidade da AB no Brasil, constataram, quanto o acesso a consultas, que a forma mais frequente foi por meio de ficha/senha, principalmente nas regiões Nordeste, Norte e Sul, em que era necessário o usuário chegar cedo e formar filas antes da UBS abrir. Destaca-

se assim, que este modo de fluxo para acolhimento e consulta do usuário são frequentes no cotidiano dos serviços de saúde nestas regiões, reforçando os achados deste estudo.

O acolhimento é compreendido como um mecanismo que auxilia na diminuição do tempo de espera dos usuários que necessitam de atendimento (SEIXAS et al., 2021). Em saúde bucal, representa um dispositivo capaz de direcionar o planejamento e organização dos serviços ofertados na AB. Deve ser realizado de maneira contínua e dinamizada em todos os momentos do serviço de saúde, e não somente como forma de receber as demandas espontâneas, de urgências e emergência (MOIMAZ et al., 2017).

Este estudo mostra que o principal fluxo para acolhimento do usuário ser por ordem de chegada está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal na AB. Observou-se que o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por ordem de chegada, em relação a ser por ordem de chegada, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil e na região Centro-Oeste, enquanto que diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento com a eSB, na região Nordeste e Sul ,como pode ser visualizado no gráfico 15.

Gráfico 15. Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento do usuário é por ordem de chegada (tempo de espera).



De acordo com o Ministério da Saúde não há um padrão a ser seguido, nem um modelo normatizado, para a realização do acolhimento, deve existir uma flexibilidade para

acolher à demanda espontânea, conforme a realidade em que cada serviço de saúde estar inserido (BRASIL, 2013). Os dados deste estudo demonstram o quanto as ações desenvolvidas pelas eSB nas diferentes regiões podem refletir como fragilidades ou potencialidades frente ao tempo de espera do usuário aos cuidados em saúde bucal na AB.

Os resultados deste estudo mostram que, no Brasil, o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por ordem de chegada, em relação a ser por este meio, aumenta em 11% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. No Centro-Oeste, o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por ordem de chegada, em relação a ser desta maneira, aumenta em 77% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Estes achados corroboram com os resultados de um estudo realizado em Goiás, em que os autores constataram que a maioria das equipes realizavam acolhimento e quase metade referiram que o agendamento ocorria por meio de filas e senhas para atendimento por ordem de chegada, apresentando-se como uma forma frequente de agendamento de consulta nas UBS (CASTRO, 2017).

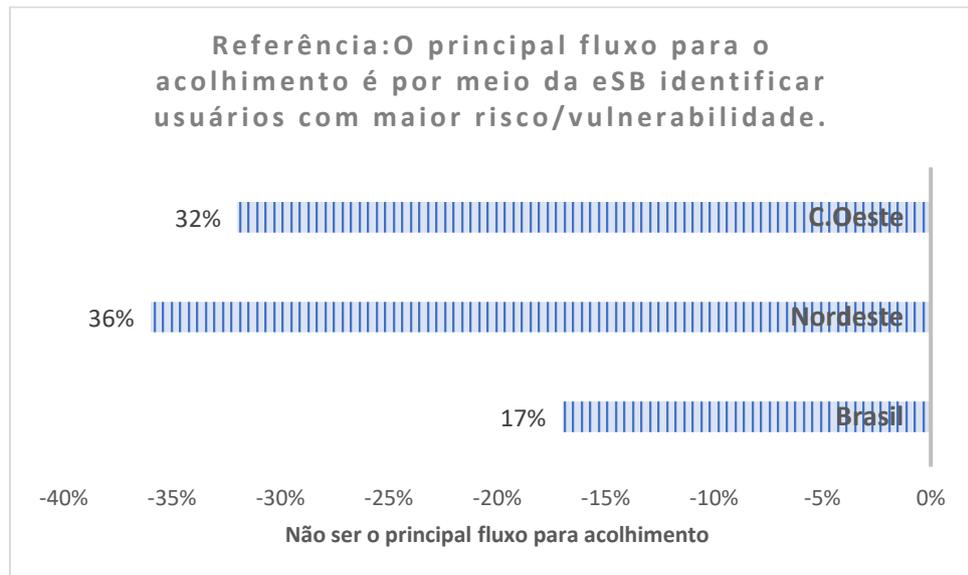
Em contrapartida, os resultados deste estudo mostram que, na região Nordeste, o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser por ordem de chegada, em relação a ser por este meio, diminui em 13% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 14% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento e na região Sul diminui em 23% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 27% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Nestas regiões, o fluxo para acolhimento baseado por ordem de chegada, apresenta-se como barreira de acesso, dificultando ao atendimento do usuário em menor tempo de espera.

A implantação do acolhimento na Atenção Básica, ainda enfrenta desafios organizacionais, políticos e econômicos. Deve-se entender que não existe uma norma-padrão para a realização do acolhimento, pois a organização do processo de trabalho e do serviço deve considerar as peculiaridades e individualidades locais, para que se efetive este processo (COUTINHO et al., 2015).

Nesta perspectiva de realização de acolhimento pelas equipes de Saúde Bucal da AB, constatou-se, no presente estudo, que o principal fluxo para acolhimento ser por meio da identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na AB, no Brasil e nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Como

pode ser visualizado no gráfico 16, o principal fluxo para acolhimento não ser por meio da identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal, em relação ao principal fluxo para acolhimento ser por meio da identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade.

Gráfico 16. Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento é por meio da identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (acesso).



Um ponto importante a ser considerado com esses dados, é sobre a realização do acolhimento, com base na classificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade, pois possibilita a garantia do acesso de forma humanizada do usuário ao serviço de saúde. Nem todos os usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde, necessariamente precisam de atendimento clínico, muitas vezes acreditam que sua demanda será solucionada por um profissional que o escute, pois é no acolhimento, a partir da identificação das necessidades do usuário, que o profissional pode direcionar o atendimento mais apropriado ao mesmo (CAMELO et al., 2016).

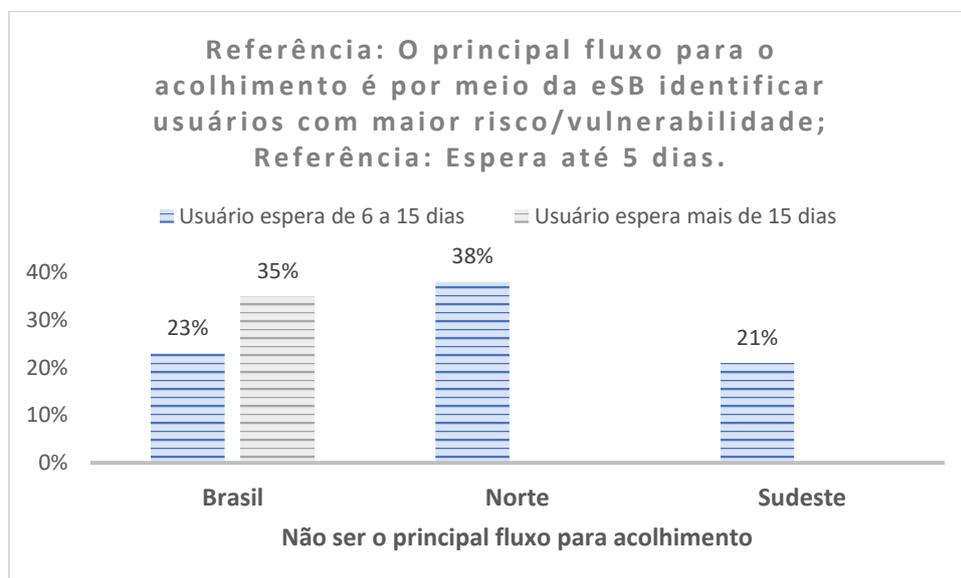
Os resultados deste estudo mostram que o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser pela identificação de maior risco e/ou vulnerabilidade diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal, no Brasil em 17%, na região Centro-Oeste diminui em 32% e, no Nordeste, diminuí a chance de obtenção de acesso em 36%, em relação ao principal fluxo para acolhimento do usuário ser pela identificação de maior risco e/ou vulnerabilidade. Estes achados demonstram a importância da realização do acolhimento pela eSB, somada à identificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, para que sejam

desenvolvidas ações com base nas necessidades em saúde destes usuários, garantindo o acesso e o cuidado.

O processo de trabalho em saúde deve se pautar necessariamente, em responder às demandas de saúde do usuário, por meio da implantação de serviços mais acolhedores, sendo fundamental a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão que priorizem momentos de escuta, diálogo e tomada de decisão coletiva (MALTA; MERHY, 2003).

Constatou-se, também, no presente estudo, que o principal fluxo para acolhimento ser por meio da identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal na AB, no Brasil e nas regiões Norte e Sudeste. Como pode ser visualizado no gráfico 17, o principal fluxo para acolhimento não ser por meio da identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade, em relação a ser por meio de identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Gráfico 17. Interpretação em percentual da OR para a variável: O principal fluxo para acolhimento é por meio da identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade (tempo de espera).



Realizar classificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento é um método que torna o atendimento mais humanizado, pois o profissional classifica o usuário de acordo com suas demandas de saúde, definindo a ordem de seu atendimento de acordo com o grau de sua necessidade. Dessa maneira, favorece a organização de filas de espera, melhora o processo de

trabalho e o cuidado ao usuário (FONSECA, 2021). Os resultados deste estudo, mostram que a eSB não realizar classificação de risco e vulnerabilidade, como principal fluxo para o acolhimento, aumenta o tempo de espera do usuário para atendimento, ou seja, fato que fragiliza o cuidado em saúde bucal na AB.

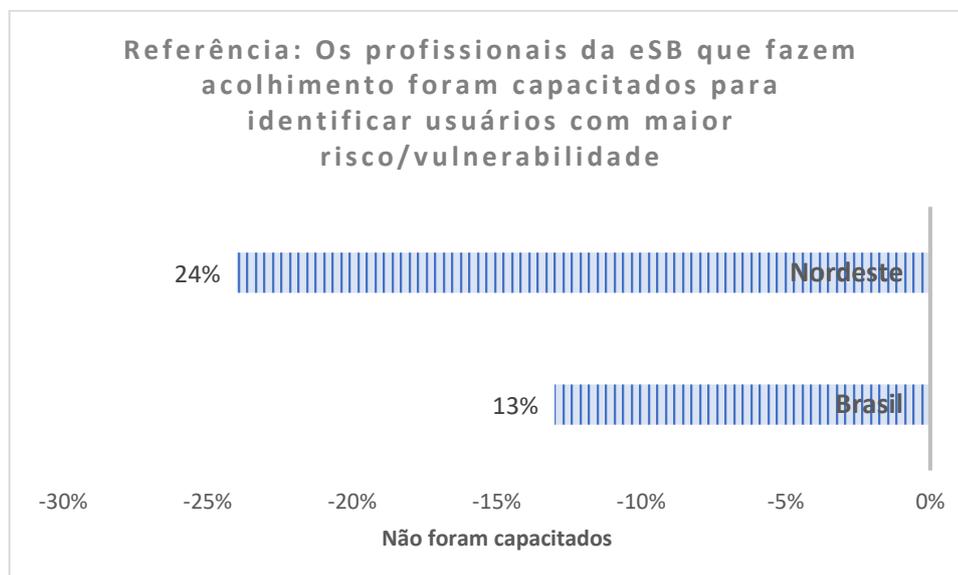
De acordo com os resultados deste estudo, no Brasil, o principal fluxo para acolhimento não ser pela identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade, em relação a ser por esta identificação, aumenta em 23% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 35% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Na região Norte, aumenta em 38% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e, na região Sudeste, aumenta em 21% a chance de esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Estes achados reforçam a importância da realização de acolhimento pela eSB com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários, para que se desenvolvam ações direcionadas às necessidades de saúde deste usuário com menor tempo de espera.

O trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas relações entre sujeitos, e o acolhimento é entendido como uma tecnologia leve, que deve ser fortemente utilizada na perspectiva de promover a reorganização das práticas do cuidado. De acordo com Merhy (2003) as tecnologias leves referem-se às relações entre sujeitos trabalhadores e usuários, de maneira individuais e coletivas, implicados na produção do cuidado em saúde.

Alguns estudos presentes na literatura apontam que as equipes reconhecem a importância da utilização das tecnologias leves no cotidiano do processo de trabalho, mas por algumas vezes demonstram despreparo ou falta de condições no espaço físico para o desenvolvimento do acolhimento de maneira satisfatória (MATUMOTO et al., 2011; MITRE et al., 2012; SANTOS et al., 2018). Na realização do acolhimento, todos os trabalhadores podem e devem participar, no entanto, a etapa da classificação de risco e vulnerabilidade, ação importante do processo de acolher, deve ser realizada por um profissional de nível superior capacitado (TELESSAÚDE, 2015; COSTA et al., 2018).

De acordo com os dados deste estudo, os profissionais da equipe de Saúde Bucal que fazem acolhimento serem capacitados para a identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, no Brasil e na região Nordeste, como pode ser observado no gráfico 18.

Gráfico 18. Interpretação em percentual da OR para a variável: Os profissionais da equipe de Saúde Bucal que fazem acolhimento foram capacitados para identificar usuários com maior risco e ou vulnerabilidade (acesso).



Pode-se observar que os profissionais da equipe de Saúde Bucal que fazem acolhimento não serem capacitados para identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade diminui em 13% a chance de o usuário obter acesso no Brasil, e diminui em 24% a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal na região Nordeste, em relação aos profissionais da eSB serem capacitados para identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade no acolhimento. Estes resultados demonstram a importância da capacitação dos profissionais para realização do acolhimento, para que este seja realizado de maneira organizada e direcionado à identificação das reais necessidades do usuário.

O serviço de saúde pode ser acessível quanto à localização e horário de atendimento, porém existem barreiras organizacionais, como baixa implantação do acolhimento ou baixa qualidade do acolhimento, seja por falta de profissionais capacitados para a classificação de risco e vulnerabilidade ou pela maneira como é organizado esse acolhimento (LIMA et al., 2018).

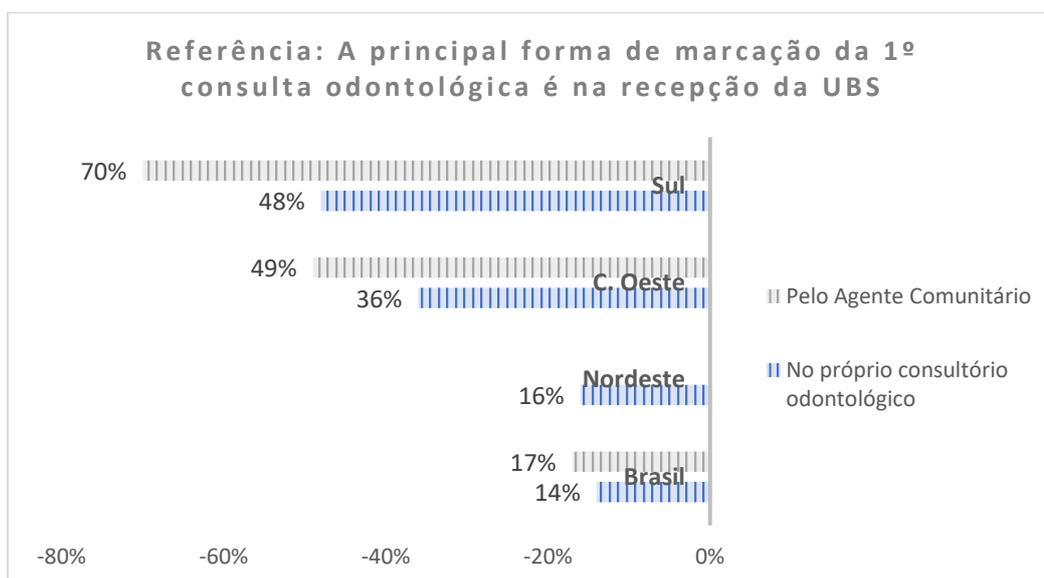
Em um estudo que analisou o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica a partir de dados do PMAQ-AB, no Rio de Janeiro, cerca de 90% das equipes afirmaram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade durante o acolhimento do usuário, entretanto apenas 65% dos profissionais possuíam capacitação para a realização dessa atividade, corroborando com os achados desse estudo (MEDRADO et al., 2015).

A classificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento do usuário também foi analisada em um estudo realizado em Pernambuco, em que os autores constataram que, do total de profissionais que afirmaram realizar o acolhimento, metade deles se autoavaliaram capacitados para essa ação (ALBUQUERQUE et al, 2014). Estes estudos, assim como os resultados desta pesquisa, reforçam a premissa de que ainda existem fragilidades no acolhimento realizado pelas eSB como mecanismo para garantir o acesso equânime e de qualidade ao usuário.

Os dados deste estudo mostram a importância da realização do acolhimento por todos os profissionais que atuam na APS, bem como da implantação de educação permanente em saúde e realização de capacitações destes profissionais para identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade visando a ampliação da qualidade desse acolhimento, cujo objetivo seja a garantia de acesso do usuário ao serviço de saúde com resolução de suas demandas, com base nas necessidades identificadas.

Outro aspecto analisado neste estudo foi a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica na UBS, se é realizada na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais, se ocorre no próprio consultório odontológico pela equipe de Saúde bucal ou se é realizada pelo Agente Comunitário. Quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é no próprio consultório odontológico pela equipe de Saúde Bucal, ou é pelo Agente Comunitário, diminui a chance de o usuário obter acesso aos serviços de saúde bucal em relação a ser realizada na recepção da UBS, como mostra o gráfico 19.

Gráfico 19. Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na recepção da UBS (acesso).



Pode-se observar que realizar a marcação da primeira consulta odontológica na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais, é importante para garantia do acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na AB. Esse resultado pode ser devido à recepção ser o local de primeiro contato do usuário com os profissionais da equipe e quando esse contato é acrescido de acolhimento humanizado e qualificado favorece o acesso do usuário ao serviço com o cuidado orientado em suas necessidades de saúde.

Os resultados deste estudo mostram que quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é pelo agente comunitário de saúde, diminui em 17% a chance de o usuário obter acesso no Brasil, e mais expressivamente na região Sul, em que a chance de obter acesso diminui em 69% em relação a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica ser realizada na recepção da UBS. Desta maneira, o uso dessa modalidade como principal forma de marcação de consulta odontológica dificulta o acesso do usuário aos serviços de saúde bucal em relação à quando o usuário busca marcar atendimento na recepção da UBS.

É importante ressaltar que quando o usuário vai à UBS ele participa do acolhimento, onde é possível a realização de escuta qualificada pelos profissionais para um melhor direcionamento do cuidado que deve ser prestado para que as demandas do usuário sejam resolvidas, podendo o ACS atuar principalmente na marcação de consultas em casos específicos de usuários que por alguma condição não podem ir até a UBS, para essa finalidade.

Diversos autores da literatura concordam que o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental na composição das equipes pois fortalecem o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, facilita o acesso, seja pela articulação entre a equipe e a comunidade, ou pela marcação de consultas em casos específicos de usuários que possuem dificuldades de irem até a UBS (COIMBRA et al., 2010; LANZA; LANA, 2011; OLIVEIRA et al., 2012; MARTES; FALEIROS, 2013; LIMA et al., 2015; MENEZES et al., 2017).

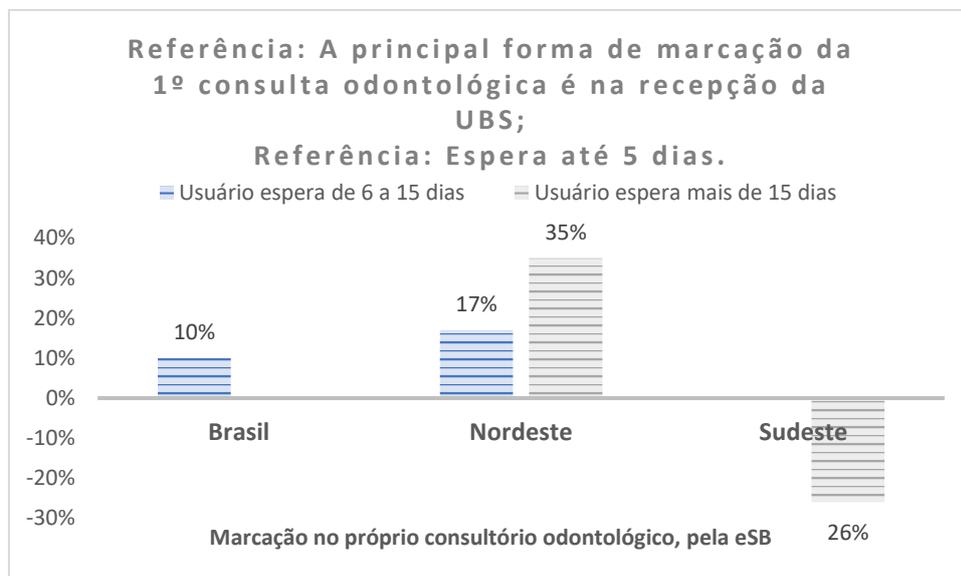
Nesta perspectiva da principal forma de marcação da primeira consulta odontológica, os dados deste estudo demonstram que quando realizada no próprio consultório odontológico pela eSB diminui em 14% a chance de o usuário obter acesso no Brasil e mais expressivamente na região Sul, em que diminui em 47% a chance de o usuário obter acesso, em relação a marcação da primeira consulta ocorrer na recepção da UBS. O uso desta modalidade de marcação de consultas pode dificultar o acesso do usuário aos serviços de saúde bucal, pois fragiliza a realização do acolhimento pela eSB e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado, visto que 68,4% dos profissionais das eSB dessa região responderam realizar acolhimento.

A existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal na região Sul, também foram constatadas no estudo de Irineu (2018), que ao avaliar a infraestrutura e acesso na AB, nesta região, com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, identificou fragilidades no funcionamento dos serviços de saúde das UBS no que se refere ao horário e dia de funcionamento, revelando, com exceção do agendamento diário, existir barreiras na acessibilidade sócio organizacional dos serviços da AB nesta região.

A implantação de uma forma de marcação de consultas efetiva melhora o processo de trabalho das equipes, a qualidade do cuidado, a segurança do usuário e o acesso oportuno ao serviço de saúde (KNIGHT, 2013; VIDAL et al, 2019).

Este estudo também demonstra que quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é no próprio consultório odontológico pela eSB, em relação a ser na recepção da UBS, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil e na região Nordeste. Em contrapartida, diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento no Sudeste, como pode ser visualizado no gráfico 20.

Gráfico 20. Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na recepção da UBS (tempo de espera).



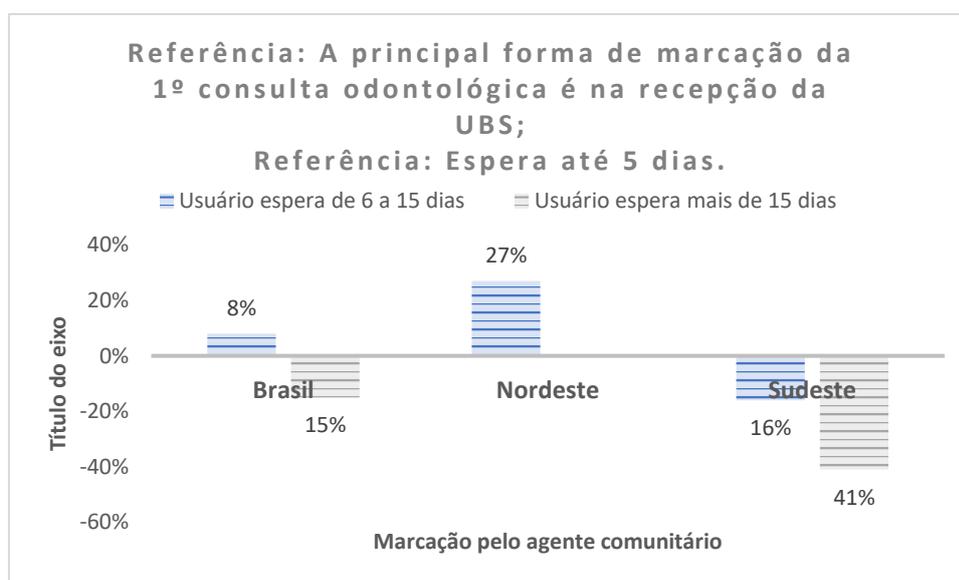
Os dados deste estudo mostram que a forma como ocorre a marcação da primeira consulta odontológica está associada ao tempo em que o usuário espera, do agendamento até o atendimento. No Brasil, quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é no próprio consultório odontológico pela eSB, em relação a ser realizada na recepção da UBS, aumenta em 10% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Entre as regiões, no Nordeste, quando a marcação da primeira consulta odontológica ocorre no próprio consultório odontológico pela eSB, em relação a ser na recepção da UBS, aumenta em 17% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 35% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento. Enquanto que, no Sudeste, a marcação da primeira consulta odontológica ser no próprio consultório odontológico pela eSB, em relação a ser na recepção da UBS, diminui em 28% a chance de um usuário esperar (>15 dias) para atendimento com a eSB, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Em saúde bucal, os desafios para organização e coordenação do cuidado estão relacionados à diversidade de modelos de atendimento presentes no país, desde a oferta de demanda livre até aqueles realizados de maneira programada (VIEIRA et al., 2021). A facilidade de acesso à marcação de consultas e o atendimento em tempo hábil, constituem elementos que favorecem a satisfação do usuário com o serviço ofertado na AB (PROTÁSIO et al., 2017).

No gráfico 21 é possível observar que, quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica ocorre pelo Agente Comunitário, em relação a ser realizada na recepção da UBS, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil e na região Nordeste. Em contrapartida, diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento no Sudeste.

Gráfico 21. Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é na recepção da UBS (tempo de espera).



Diante os resultados deste estudo, pode-se observar que, no Brasil, a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica ser realizada pelo ACS, em relação a ser na recepção da UBS, aumenta em 8% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 15% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Na região Nordeste, aumenta em 27% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, enquanto que no Sudeste, diminui em 16% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 41% a chance de esperar (>15 dias), quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento.

Estes resultados demonstram o quanto a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica está associada ao tempo de espera do usuário para atendimento, e a organização da agenda deve levar em consideração o contexto local em que o serviço de saúde está inserido, para que seja garantido um maior acesso e menor espera do usuário para consulta com o dentista na AB.

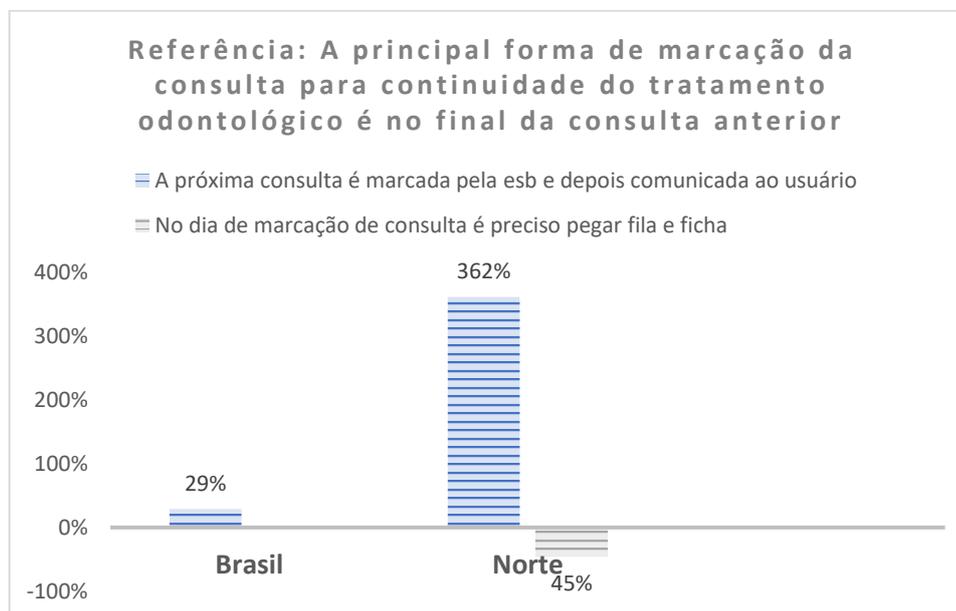
Corroborando com os achados desta pesquisa, em um estudo realizado na Bahia, os cirurgiões-dentistas ressaltaram a importância da atuação dos ACS na organização da demanda, por trazerem as necessidades dos usuários até a UBS e assim auxiliarem na marcação de consulta dos usuários que não podem ir até a unidade de saúde, no entanto, a principal forma de marcação de consultas ocorrem na UBS (OLIVEIRA et al., 2020). Reforçando que nesta região a marcação de consultas realizada principalmente na UBS, favorece ao acesso do usuário em menor tempo de espera.

Casotti e Gabriel (2016), ao analisarem a organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro, constataram que a maioria das eSB não criam obstáculos para ao agendamento de consultas, com maiores percentuais de marcação de consultas a qualquer dia da semana e por meio de outras dinâmicas de agendamento, além da UBS. Pode-se dizer que dentre as outras alternativas estão a marcação de consultas pelos ACS, como forma de reduzir as barreiras de acesso aos cuidados em saúde bucal. Esta hipótese vai ao encontro dos achados deste estudo, que na região Sudeste quando a principal forma de marcação da primeira consulta odontológica é realizada pelo ACS diminui o tempo de espera para atendimento com o dentista.

Este estudo também analisou a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico. A principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser no final da consulta anterior está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal no Brasil e nas regiões Norte e Sul.

É possível visualizar, no gráfico 22, que quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é por meio da próxima consulta ser marcada pela eSB, e depois comunicada ao usuário, aumenta a chance de o usuário obter acesso no Brasil e na região Norte. Em contrapartida, quando no dia de marcação para saúde bucal é preciso pegar fila e ficha diminui a chance de acesso do usuário na região Norte, em relação à marcação da próxima consulta ocorrer no final da consulta anterior.

Gráfico 22. Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é no final da consulta anterior (acesso).



Os dados mostram que a marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser realizada pela eSB, e depois comunicada ao usuário, aumenta em 362% a chance de acesso do usuário aos serviços de saúde bucal em relação ao agendamento ocorrer na recepção da UBS na região Norte. Em contrapartida, quando a marcação da consulta é por meio de pegar fila e ficha diminui em 45% a chance de acesso do usuário, nesta mesma região. Esses resultados podem estar relacionados com a configuração demográfica característica dessa região, em que algumas localidades apresentam difíceis logísticas de locomoção, e os usuários enfrentam dificuldades de ir repetidas vezes até a UBS, seja pela necessidade de transporte fluvial ou aérea, ou pela distância até a UBS, cabendo a eSB desenvolver um planejamento de organização da agenda que garanta o acesso do usuário ao serviço de saúde levando em consideração o contexto local.

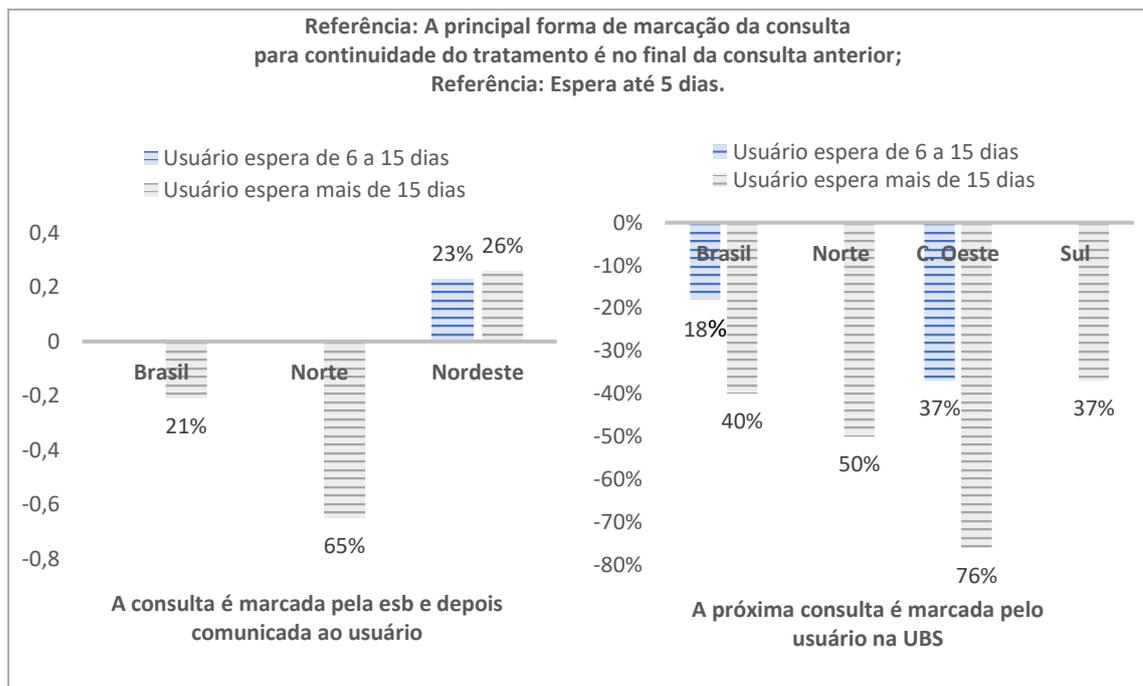
Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na região oeste do Pará que avaliou o acesso e o acolhimento na AB, sob a perspectiva dos profissionais e dos usuários. Foi observado que grande parte das equipes agendam consulta todos os dias da semana e em qualquer horário, mas também agendam consulta em dias e horários específicos, e ainda existe a necessidade de pegar fila e ficha (SILVA et al., 2019). Estes resultados demonstram existir barreiras de acesso nessas localidades em que o usuário precisa cumprir dias e horários específicos para conseguir agendamento. Achados semelhantes foram evidenciados por Guimarães et al. (2020), em que os ribeirinhos costumam procurar com maior frequência o

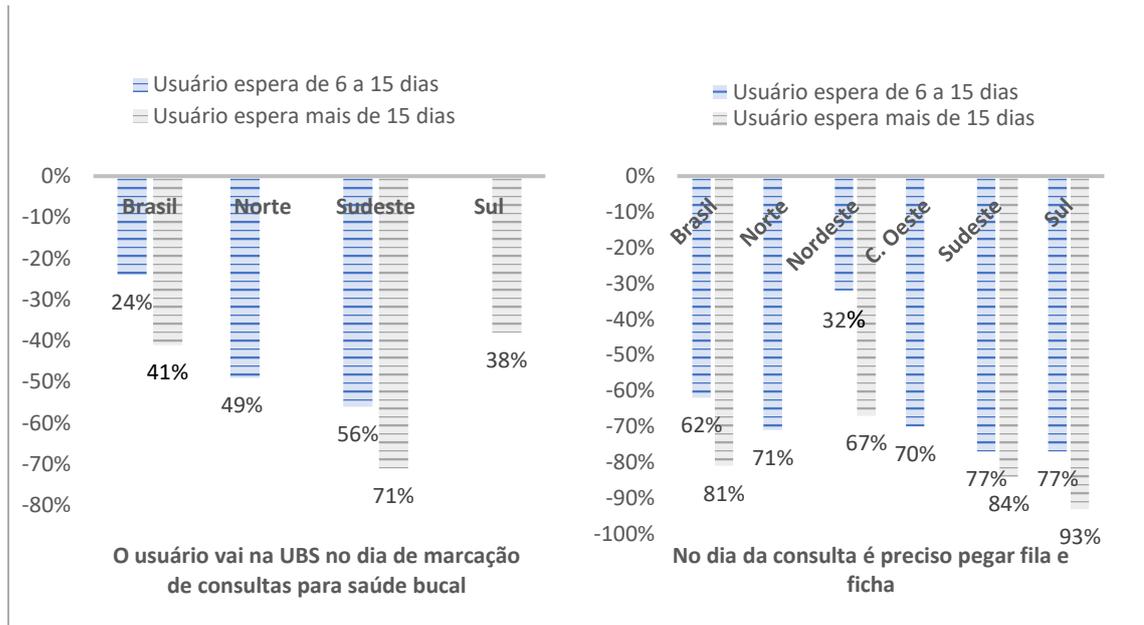
hospital, sendo constatado que a dificuldade em se agendar o atendimento é um dos principais motivos que limitam o acesso às UBS.

Os resultados deste estudo mostram também, que a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser por meio da marcação no final da consulta anterior, está associado ao tempo de espera do usuário para atendimento com a equipe de Saúde Bucal.

No gráfico 23 é possível visualizar que, quando a principal forma de marcação de consulta para continuidade do tratamento é por meio da próxima consulta ser marcada pelo usuário na UBS; o usuário ir na UBS no dia de marcação de consultas para saúde bucal e no dia da consulta é preciso pegar fila e ficha, em relação à marcação da próxima consulta ocorrer no final da consulta anterior, diminui a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, no Brasil e entre as regiões. Em contrapartida, quando a marcação é por meio da próxima consulta ser marcada pela eSB, e depois comunicada ao usuário, em relação à marcação da próxima consulta ocorrer no final da consulta anterior, aumenta a chance de um usuário esperar um tempo maior para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, na região Nordeste.

Gráfico 23. Interpretação em percentual da OR para a variável: A principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é no final da consulta anterior (tempo de espera).





Estes resultados demonstram que, no Brasil, quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ocorre por meio da consulta ser marcada pela eSB e depois comunicada ao usuário, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 21% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) para atendimento; quando é por meio da consulta ser marcada pelo usuário na UBS, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 18% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 40% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento; quando o usuário vai na UBS no dia de marcação de consultas para saúde bucal, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 24% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 41% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, e quando no dia da consulta é preciso o usuário pegar fila e ficha, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 62% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e em 81% a chance de esperar (> 15 dias) quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento com a eSB.

Os achados deste estudo sugerem que no cotidiano dos serviços da AB, o processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal no Brasil e em suas regiões apresenta uma organização de atendimento por meio de demanda espontânea, com a necessidade de o usuário ir até a UBS para marcar consulta, seja em dias específicos para agendamento, por meio de pegar filas e fichas ou por agendamento posterior na UBS. Estes modos de agendamento estão associados a um tempo menor de espera do usuário para atendimento com a eSB na AB. Aspectos socioculturais podem influenciar na frequência de atendimentos por demanda espontânea, pela

não valorização do tratamento odontológico, como também o excesso de usuários sob responsabilidade da eSB, pode gerar uma maior probabilidade de demanda espontânea, dificultando a organização de atendimentos de forma programática (VIANA et al., 2019).

Os dados deste estudo mostram que, na região Norte, quando a principal forma de marcação da consulta odontológica para continuidade do tratamento ocorre por meio da consulta ser marcada pela eSB e depois comunicada ao usuário, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 65% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) para atendimento; quando é por meio da consulta ser marcada pelo usuário na UBS, diminui em 50% a chance de esperar (> 15 dias); quando o usuário vai na UBS no dia de marcação de consulta para saúde bucal, diminui em 49% a chance de esperar (> 15 dias) como também, no dia da consulta é preciso pegar fila e ficha, diminui em 71% a chance de esperar de (6 a 15 dias) quando comparado a um usuário esperar até 5 dias para atendimento com a eSB.

Estes resultados podem revelar possíveis barreiras de acesso e continuidade do tratamento odontológico existentes nesta região, corroborando com Garnelo et al. (2018), ao analisarem o acesso e a cobertura da APS para populações rurais e urbanas no Norte, constataram uma cobertura assistencial de 83,3%, no entanto identificaram existir dificuldades de acesso geográfico por iniquidades de concentração de ESF e de UBS com localização que dificulta o acesso do usuário, fragilidades no acolhimento à demanda espontânea, dificuldades no agendamento de consulta e na disponibilidade de transporte para o atendimento.

Pode-se observar, que na região Nordeste, quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ocorre por meio da consulta ser marcada pela eSB e depois comunicada ao usuário, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, aumenta em 23% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e aumenta em 26% a chance de esperar (>15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. No entanto, quando a marcação para continuidade do tratamento é por meio de pegar fila e ficha, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 32% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 67% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento com a eSB, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias.

Estes achados sugerem que na região Nordeste, o atendimento por demanda espontânea ainda prevalece, e esse modo de acesso a consulta está relacionado ao atendimento em tempo oportuno, como também foi observado em estudo realizado na Paraíba, em que os autores constataram que o atendimento por livre demanda ainda é amplamente utilizado nos

serviços de saúde da AB e que os usuários se sentem insatisfeitos quando não conseguem acesso por esta maneira de ingresso aos serviços de saúde bucal (LIMÃO, 2017).

Na região Centro-Oeste, quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ocorre por meio da consulta ser marcada pelo usuário posteriormente na UBS, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 37% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 76% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias; quando no dia de consulta é preciso o usuário pegar fila e ficha, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 70% a chance de esperar de (6 a 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. De acordo com estes achados, pode-se dizer que, na região Centro-Oeste, o agendamento pautado na demanda espontânea favorece ao atendimento com menor tempo de espera e, possivelmente, menor número de desistência e abandono do tratamento odontológico.

Em estudos realizados no Centro-Oeste, a maioria das equipes de Saúde Bucal, afirmaram realizar agendamento de consultas a qualquer horário, todos os dias da semana e garantem agenda para continuidade do tratamento. No entanto essa garantia de agendamento tende a desencadear longos intervalos de espera para consulta, com isso favorece ao absenteísmo e consequente desistência do tratamento odontológico. (CASOTTI et al, 2014; NASCIMENTO, 2016).

Os resultados deste estudo também demonstram que na região Sudeste, quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é por meio de o usuário ir até a UBS no dia de marcação de consulta para saúde bucal, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 56% a chance de um usuário esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 71% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias; quando no dia da consulta é preciso pegar fila e ficha, em relação a consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 77% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 84% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Assim como nas demais regiões, estes achados sugerem que o agendamento de consulta odontológica para continuidade do tratamento não ser de forma programada, contribui para que o usuário seja atendido em menor intervalo de tempo de espera e reforçam a existência de atendimentos por livre demanda, no cotidiano dos serviços de saúde, nesta região.

Em um estudo que avaliou a organização da saúde bucal em uma região em São Paulo, os autores constataram que a maioria dos profissionais das equipes de saúde bucal referiram garantir agendamento para continuidade do tratamento, no entanto boa parte dos usuários referiam sair da consulta sem retorno marcado. Contudo, a maioria dos usuários que procuraram marcar consulta por livre demanda referiram esperar de 2 a 5 dias para consulta (HIROOKA, et al., 2017).

Pode-se observar ainda que, na região Sul, quando a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico é por meio da consulta ser marcada pelo usuário na UBS, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 37% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) quando comparado a um usuário esperar até 5 dias; quando o usuário vai na UBS no dia de marcação de consulta para saúde bucal, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 38% a chance de um usuário esperar (> 15 dias) quando comparado a um usuário esperar até 5 dias, como também, no dia da consulta é preciso pegar fila e ficha, em relação à consulta ser marcada no final da consulta anterior, diminui em 77% a chance de esperar de (6 a 15 dias) e diminui em 93% a chance de esperar (> 15 dias) para atendimento, quando comparado a um usuário esperar até 5 dias. Estes achados sugerem que, na região Sul, os modos de organização da agenda com base na livre demanda sejam mais resolutivos para garantia do acesso do usuário com menor tempo de espera aos serviços ofertados em saúde bucal na AB.

Evidências de que na região Sul o agendamento em saúde bucal com base na demanda espontânea acontece frequentemente nos serviços de saúde da AB, também foram observados no estudo realizado no Rio Grande do Sul, que avaliou os serviços de saúde bucal da AB, com base nos dados do 2º ciclo do PMAQ-AB. Constatou-se que, em relação ao agendamento das atividades clínicas, a maioria das eSB garante o agendamento programado e demanda espontânea simultaneamente, como também para continuidade do tratamento odontológico (AMARAL-JÚNIOR et al., 2020).

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe que, em cada local, as equipes de Saúde Bucal organizem suas ações e serviços mediante os determinantes sociais da saúde (DSS), para que possam contribuir da melhor maneira possível para resolver os problemas e demandas da sociedade (BRASIL, 2004; BALDANI et al., 2018). Os achados deste estudo demonstram existir, no processo de trabalho das eSB, características que favorecem ou dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde, diferindo entre as regiões. Este cenário nos faz compreender

que considerar os DDS existentes no território, no sentido de nortear e qualificar o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela eSB, favorece o acesso do usuário à atenção em saúde bucal, uma vez que contemplar estes determinantes na produção de estratégias direcionadas as reais necessidades do usuário tende a reduzir as desigualdades em saúde.

Em 2020, o Brasil e o mundo se depararam com a maior crise sanitária dos últimos tempos, provocada por um vírus altamente contagioso, que até então, não se tinha vacinas nem tratamento eficaz para controle da doença. O sistema de saúde, em todos os seus níveis de atenção, precisou reorientar o planejamento, organização e direcionamento das ações. Neste contexto, foi preciso reorganizar os serviços da APS para, simultaneamente, enfrentar a pandemia e tentar manter a oferta regular de suas ações, cenário desafiador frente ao enfraquecimento financeiro o qual a APS vem sofrendo desde 2017 (MEDINA et al., 2020).

O cenário de incertezas e medo real de contágio provocado pela pandemia, fez com que muitas UBS suspendessem suas atividades levando a importante queda no número de atendimentos realizados pela APS. Para continuidade da atenção fez-se necessária adoção de protocolos sanitários e novas medidas de cuidado cotidiano como a utilização de teleatendimentos e o atendimento presencial restrito aos casos necessários. No decurso da pandemia com diferentes ritmos e estágios presentes no território brasileiro, em muitos locais as atividades vem sendo retomadas e exigem que as equipes reinventem seus processos de trabalho de acordo com o contexto local, estabeleçam novos fluxos e fortaleçam as redes de atenção (GIOVANELLA, et al., 2020).

Frente a estes desafios enfrentados pelo SUS, e mais especificamente pela APS nos últimos dois anos, os resultados desta pesquisa, por fornecerem importantes informações, podem contribuir para reorientar o processo de trabalho das equipes e apoiar os gestores no planejamento e reorganização de suas ações no contexto pós-pandemia em que serão necessários superar os prejuízos na atenção em saúde causados pela COVID-19. Este processo precisa ocorrer com foco no cuidado do usuário e no contexto sociodemográfico, econômico e cultural em que ele vive, para que as ações desenvolvidas possam ser mais efetivas na resolução das necessidades de saúde deste e da comunidade, bem como, garantir o amplo acesso do usuário ao serviço de saúde.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O PMAQ-AB, por sua abrangência nacional, fornece informações generalizadas e importantes com alto nível de precisão. No entanto, podemos apontar algumas limitações para o presente estudo, visto que foram utilizados dados secundários que podem gerar dificuldades para a análise dos dados, devido à coleta das informações terem sido realizadas por outras pessoas e não pela autora deste trabalho. Vale ressaltar ainda, quanto à seleção dos usuários respondentes do questionário do módulo III, da avaliação externa, à existência de viés de seleção, devido a seleção não aleatória dos usuários, como também viés de informação, devido à extensão do questionário.

Outro ponto que merece destaque, foi o alto percentual de respostas positivas quanto às ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde bucal em seu processo de trabalho, que podem estar associadas à certificação de desempenho das equipes e, conseqüentemente, ao repasse de recursos financeiros a gestão municipal, o que estimula o gestor e os profissionais das equipes de Saúde Bucal à fornecerem respostas positivas para o alcance de melhores resultados.

Neste estudo, foram identificadas dificuldades para realização das análises dos dados devido ao elevado número de respostas ausentes, principalmente nas variáveis referentes ao acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal, como também pela utilização da regressão logística para análise de desfechos frequentes, o que pode superestimar as estimativas de associação entre as variáveis. Outra fonte de dificuldades para execução deste estudo foram os erros no preenchimento dos CNES dos questionários de usuários e profissionais, que impossibilitaram a associação de alguns usuários a sua equipe de referência levando a exclusão desses usuários com dados incompletos e que não tinham equipe. Estas limitações foram superadas, por meio da utilização de critérios de exclusão de variáveis e inclusão de apenas variáveis que possuíam dados completos.

Mesmo diante destas limitações, ressalta-se que os resultados deste estudo fornecem resultados importantes sobre o acesso do usuário aos cuidados em saúde bucal, identifica fragilidades e potencialidades do processo de trabalho das equipes, e como as ações desenvolvidas pelas eSB estão associadas ao acesso e tempo de espera para atendimento na Atenção Básica, no Brasil e nas suas regiões geográficas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa advém do resultado do 3º e último ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, avaliação nacional que visava promover a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Seus dados são relevantes pois agregam informações sobre as condições de estrutura, funcionamento e o processo de trabalho das equipes na Atenção Básica, além da percepção dos usuários sobre os serviços de saúde.

Diante os dados obtidos no 3º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, entende-se que a avaliação do acesso do usuário à atenção odontológica e do processo de trabalho das equipes de Saúde bucal da Atenção Básica podem servir de instrumento para subsidiar o processo de tomada de decisão para gestores e profissionais no tocante a reorganização do processo de trabalho, alocação de recursos e ampliação do acesso do usuário em tempo oportuno aos cuidados em saúde bucal na AB.

Os resultados deste estudo demonstram que, por meio da utilização dos modelos de regressão logística binária e regressão logística multinomial, para o Brasil e para cada região geográfica, foi possível identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho das eSB associados ao acesso e tempo de espera do usuário aos cuidados em saúde bucal na Atenção Básica que sugerem existir fragilidades e potencialidades no trabalho desenvolvidos pelas equipes nas UBS.

Para o Brasil, pode-se destacar como potencialidades que favorecem o acesso e menor tempo de espera para atendimento os seguintes fatores: a eSB não receber apoio do CEO, para resolução de casos complexos, cenário que pode refletir sobre a existência de problemas organizacionais na AB em locais onde tem o serviço especializado, despertando para a reorganização dos processos de trabalhos e das ações desenvolvidas por cada nível de atenção, básico e especializado, para garantir maior acesso e melhor cuidado do usuário. Outro fator que favorece o acesso e menor tempo de espera é a principal forma de marcação da consulta para continuidade do tratamento odontológico ser pela eSB marcar a consulta e depois comunicar ao usuário.

Como fragilidades que dificultam o acesso e promovem maior tempo de espera para atendimento do usuário, destaca-se: a eSB atuar em duas ou mais equipes de AB; a eSB não realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território; não reservar horário na agenda para o usuário buscar e mostrar resultados de exames; a eSB não realizar acolhimento

conjuntamente com a eAB; o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser pela identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade; a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica ser no próprio consultório odontológico e pelo Agente Comunitário.

Nas regiões, pode-se destacar o seguinte fator que favorece o acesso e o tempo menor de espera do usuário aos serviços de saúde bucal: a equipe de Saúde Bucal não receber apoio do CEO, demonstrando existir nas cinco regiões brasileiras, problemas organizacionais relacionados a atenção em saúde bucal nos locais onde tem CEO, despertando para uma reorganização dos serviços e processos de trabalho nestes locais. Pode-se destacar também os seguintes fatores que dificultam o acesso e promovem um tempo maior de espera do usuário aos serviços de saúde bucal: a eSB atuar em duas e em mais eAB; a eSB não realizar ações articuladas com outros equipamentos sociais do território; a eSB não realizar acolhimento conjuntamente com a eAB; o principal fluxo para acolhimento do usuário não ser pela identificação de usuários com maior risco/vulnerabilidade; a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica ser no próprio consultório odontológico.

Percebe-se que os fatores associados ao acesso e ao tempo de espera do usuário aos cuidados em saúde bucal diferem entre si e entre as regiões e nem sempre são os mesmos associados no Brasil, estando estas diferenças relacionadas as diversidades populacionais, culturais, sociais e demográficas presentes no país. Dessa maneira, este estudo, com abordagem que contemplou o território nacional demonstra a necessidade de organização do processo de trabalho das equipes que atuam na AB de acordo com as características de cada lugar, com a elaboração de políticas específicas para que as ações desenvolvidas sejam direcionadas as reais necessidades do usuário e assim sejam mais resolutivas frente as demandas da comunidade.

7.1 PERSPECTIVAS FUTURAS

O PMAQ-AB foi um programa de abrangência nacional que visou a ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica e, por meio dos seus três ciclos de avaliação externa, promoveu incentivos na ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde e melhoria da qualidade do cuidado por meio da reorganização do processo de trabalho das equipes. Este trabalho utilizou dados do 3º e último ciclo do programa, com uma abordagem nacional e regional fornecendo importantes informações. Diante disso, sugere-se a realização de novos trabalhos que avaliem o processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, como também o acesso do usuário no contexto pós-pandemia da Covid-19, podendo-se utilizar de outros

modelos estatísticos, bem como incluir novas variáveis, a exemplo da cobertura das equipes e outros indicadores de saúde, ou ainda utilizar uma abordagem qualitativa para avaliar o processo de trabalho e o cuidado nos espaços onde são produzidos.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Penso, 2012.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1727-1742, 2008.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F.; MENDES, M. F. M.; MARTELLI, P. J. L. Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, 2014.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec: Fiocruz. 2006, p. 783-836.
- ANDRADE, M.V.; NORONHA, K. V. M. S.; MENEZES, R. M., et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.
- ARAÚJO, P. C. **Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A. C. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no município de Bayer-PB: modelos de regressão logística para tomada de decisão**. 2013. 131f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2013.
- BALDANI, M. H.; RIBEIRO A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, V.42, N. 1, P.145–162, 2018.
- BHARGAVA, N.; Girja, S.; RITU, D. B.; MANISHA, M. Decision tree analysis on j48 algorithm for data mining, International. **Journal of Advanced Research in Computer Science and Software Engineering (JARCSSE)**, 2013.
- BAPTISTA, T. W. DE F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. DA. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1007–1028, 2009.

- BARBOSA, M. J.; CARNEIRO, T.G.S.; TAVARES A. I. **Métodos de Classificação por Árvores de Decisão Disciplina de Projeto e Análise de Algoritmos**. UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto Ouro Preto, Minas Gerais – MG, 2012.
- BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. O território e a Vigilância da Saúde. **EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde** - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004.
- BARROS, M. E. B.; ROSA, M. M. P.; GUEDES, C. R.; OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional como dispositivo para implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface**, v. 18, n. 1, p. 1107-1117, 2014.
- BATISTA, Álamo Alexandre Silva. **Análise da qualidade de vida no trabalho utilizando um modelo de regressão logística**. 2010. 89f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.
- BAVA, M. C. et al. PMAQ-AB: considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos**. Porto Alegre: Reunida, 2015, p. 292-325.
- BECKMANN, M. **Algoritmos genéticos como estratégia de pré-processamento em conjuntos de dados balanceados**. 2017. 112 p. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-graduação em Engenharia Civil) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**, v. 42, n. 117, p. 408–419, 2018.
- BORGES, C. M.; CAMPOS, A. C. V.; VARGAS, A. M. D., et al. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1849–1858, 2014.
- BORGES, J. D. M.; SILVA, L. A. A. O acolhimento na atenção básica à saúde: saberes e práticas. **Rev enferm UFPE online**, v. 9, n. 5, p. 7887-7894, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal. 1988.
- BRASIL, M. DA S. **As cartas da Promoção de Saúde**. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005, 34 p.
- BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde 200, v.4).
- BRASIL. Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; Brasília-DF. 2011
- BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica. 2012a.

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: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (**Cadernos de Atenção Básica; n. 34**).

BRASIL. Portaria No. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2017a.

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 para as Equipes de Atenção Básica e NASF - 3º Ciclo (2015 - 2017)**. Brasília, DF, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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, p. 62, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 350, 2018.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p.693-705, 2010.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CASTRO, B.M.C. **Avaliação da atenção básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB-Ciclo II)**. 2017. 132p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R.; VOLPE, C. R. G.; SANTOS, W. S.; MORAIS, T. C.; REHEM, S. B. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.** v. 29, n. 4, p. 463-8, 2016.

- CARNEIRO, T. V. **Estimativa de chances para sangramento gengival autorreferido em adolescentes brasileiros, segundo fatores sociodemográficos, marcadores sanguíneos e hábitos de saúde bucal**. 2017. 68 p. Tese (Doutorado) – Centro de ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.
- CARREIRO, D. L.; SOUZA, J. G. S.; COUTINHO, W. L. M., et al. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1021–1032, 2019.
- CARRAPATO, J. F. L. **Qualidade e organização do processo de trabalho na atenção básica: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde**. 2011. 121 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2011.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Sociedade**, v.26, n.3, p.676-689, 2017.
- CASSOTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, 2014.
- CASOTTI, E.; GABRIEL, J. O. Organization of dental care in the city of Rio de Janeiro: results of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. **Revista de APS**. v. 19, n. 2, 2016.
- CASTRO, L. P. **Acesso e acolhimento inseridos no processo de trabalho da atenção básica à saúde**. 2017. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO, 2017.
- CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 37, p.1-9, 2015.
- CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 143-147, 2000.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997, p. 29-47.
- COSTA, E. **Desafio do processo de trabalho na estratégia de saúde da família em Caxias do Sul/RS**. 2019. 105 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.
- COIMBRA, V. C. C. OLIVEIRA, M. M.; KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da estrutura: processo de acesso de usuários a uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1095-1107, 2010.

- COSTA, A. B.; GOUVEIA, P. B.; RANGEL, R. C. T.; SCHEIDER, P. et al. Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. **Enfermería actual em Costa Rica**, edição 35, 2018.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-24, 2015.
- CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. Lima: Uni-versidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1.864 -1.874, 2004.
- CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. editores. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Fiocruz, 2011.
- CHIMARA, M. B.; SILBA, E.; PAIN, C.; STOLOPOLI, J. E. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de caso na microrregião de cidade Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 174-97, 2013.
- CRUZ, M. M.; SOUZA, R. B. C.; TORRES, R. M. C.; ABREU, D. M. C., et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n. special, 2014.
- DIAS, M. S. A.; PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.
- DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Memorial Fund Q. v.44, n.3, p.166-206, 1966.
- DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, 1990.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M., 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**, v. 21, n. 2, 2007.
- FAVERO, L. P. L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Elsevier, 2009.
- FÁVERO, L. P. **Análise de dados: modelos de regressão com Excel®, STATA® e SPSS®**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D´A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. ESPJV/FIOCRUZ. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4), 2007, p. 43-67.

- FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M.H.M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.;
- FEITOSA, R. M. M.; PAULINO, A. A.; JÚNIOR, J. O. S. L., et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016.
- FELISBERTO, E.; ALVES, C.; BEZERRA, L. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO I. *et al.* (org). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, p. 143-61, 2010.
- FERREIRA, V. S. C.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 898-907, 2009.
- FERREIRA, M. C. C. S. **Modelos de regressão: uma aplicação em medicina dentária**. 2013. 127 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade aberta, Lisboa, 2013.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. D.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO I. *et al.* (org). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, p. 1-13, 2010.
- FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad. saúde coletiva**. v. 28, n. 2, 2020.
- FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014, p.291-311.
- FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 525–552, 2013.
- FONSECA, J. O. **Acolhimento e resolutividade as demandas espontâneas na atenção básica: percepção da equipe de saúde**. 2021. 59f. TCC (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira- Bahia. 2021.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. DE; MACHADO, P. M. DE O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 64–80, 2016.
- FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec. 3 ed., p.55-124, 2006.
- GARNELO, L.; LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; ROCHA, E. S. C.; GONÇALVES, M. J. F. Organization of health care for chronic conditions by Family Health teams in the Amazon. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 158-172, OUT 2014.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-99, SET 2018.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

GIORDANI, J. M. A.; JÚNIOR, O. L. A.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Factors associated with service user embracement by Primary Health Care teams in Brazil, 2012: a cross-sectional study. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575-625.

GIOVANELLA, L.; 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. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.14, p. 783-94, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, p. 46-220, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamenta. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDONZA, D. C. R. et. al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. **Saúde Debate**, v. 44, n. esp(4), p. 161-176, 2020.

GOMES, J. K.; ALBUQUERQUE, A. L. G. A.; SOUTO, I. P. G.; MELO, M. M. D. C. A Equipe de Saúde Bucal e as práticas de Vigilância em Saúde no território. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 14, n. 1, p. 45-63, 2020.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 76 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GOMES, C. B. E S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020

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

GONDIM, G. M. de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GONZALEZ, L. A. **Regressão Logística e suas Aplicações**. 2018. 45p. TCC (Graduação em ciências da Computação). Centro de ciências Exatas e Tecnológicas. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan Amaz Saude**, v. 11, n:e. 202000178, 2020.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria Básica-5 edição**. McGraw Hill Brasil, 2011.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, e280313, 2018.

HARTZ, Z. M. de A., FELISBERTO, E., SILVA, L. M. V. **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Editora Fiocruz, 2008.

HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S. et al. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. **Rev. Bras. Odontol**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 101-13, 2017.

HOFFMANN, R. **Análise estatística de relações lineares e não-lineares**. LIVROPRONTO, 2012.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLET, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet**, v. 362, p. 1461-72, 2018.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. "Applied Logistic Regression." Edition Wiley Series in Probability and Sattistics texts and references section (**2ª Edition**), p.1-397, 2000.

IRINEU, P. Z. **Atenção Básica em Saúde Bucal na Região Sul do Brasil: Infraestrutura e Acesso**. 59f. 2018. TCC (Graduação em Odontologia) - Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina., Florianópolis, 2018.

JÚNIOR, O. L. A.; FAGUNDES, M. L. B.; MENEGAZZO, G. R.; TORRES, L. H. N.; GIORDANI, J. M. A. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 14, n. 1, p. 143-159, 2020.

JR, D. H.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression**. John Wiley & Sons, 2013.

KIM, J. S.; DAILEY, R. J. Regression Analysis and Correlation. In: **Biostatistics for Oral Healthcare**. Blackwell Munksgaard, p. 203-225, 2008.

KLEINBAUM, D. G.; KLEIN, M. Logistic regression: a self-learning text. New-York: **Springer**, 2010.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. **Aust Fam Physician**, v. 42, n. 3, p. 152-6, 2013.

LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, A. I. C.; SILVA, M. V. S.; SILVA, J. K. F.; PACHECO, T. C. S. Contribuições da equipe de saúde bucal para o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 201-209, 2020.

LIMA, S. A. V.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. M. F.; et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E.V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe 1, p. 52-66, 2018.

LIMÃO, N. P. **Satisfação do usuário quanto aos cuidados em saúde bucal ofertados na atenção básica no estado da Paraíba segundo porte populacional dos municípios: 2º ciclo de avaliação externa do pmaq-ab**. 2017. 68f. TCC- (Graduação em Odontologia). Centro de Ciências da Saúde, Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.

LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. **International Journal of Health Services**, v. 32, n. 4, p. 709-732, 2002.

LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V., et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-23, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, 2018.

MANGUEIRA, A. A. **Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das Equipes de atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB**. 2016. 70 p. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MAGNUSSEN, L. E. J.; JOLLY, P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. **Health Affairs**, v. 23, n. 3, p. 67-176, 2004.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MARQUES, C. R.; SILVA, C. T. X. As dificuldades na implementação do acolhimento na atenção básica de saúde: um relato de experiência na unidade de saúde da família bandeiras, em Anápolis-GO. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.12, p.96805-96810 dec. 2020.

MARÔCO, J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. **Gráfica Manuel Barbosa & Filhos** (6ª Edição), ISBN 978-98996763-4-3, p. 801-910, 2014.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

MARTINS, A. C. T.; PAULA, A. P. D.; CARDOSO, J. R.; BORGES, M. I. G.; BOTELHO, M. B. O Projeto Acolhe SUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2095-2103, 2019.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; CARDOSO, O. O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p.1087-1093, 2011.

MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. 275 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, P. 1033-1043, 2015.

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. Atheneu, 2009.

MELO, L. M. L. L.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. ÍSPER; SALIBA, N. A. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F.; LIMA, L. D.; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. spe5, 2019.

MENDES E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Brasília, **OPS**, n. 10, p. 7-19, 1993.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: **OPAS**, 2012.

- MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R, et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2018.
- MENEZES, E. L. C.; SCHERER, M. D. A.; VERDI, M. I.; PIRES, D. P. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**. v.26, n.4, p.888-903, 2017.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do sistema único de saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, ciências e saúde** – Manguinhos, v. 21, n.1, p.77-92, 2014.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E.E. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. **Rev. Ampl.** - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.382-392.
- MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, 2003.
- MICHIMA, S. M.; VILLA T. C. S.; SILVA E. M., et al. A organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In Almeida MCP, Rocha SMM. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo. Cortez, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-AMAQ. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção **bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
- MOIMAZ, S. A. S.; BORDIN, D.; FEDEL, C. B.; SANTOS, C. B.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.
- MONTENEGRO, S. G. **Modelo de Regressão Logística Ordinal em Dados Categóricos na área de Ergonomia Experimental**. 2009. 86p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)- Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2009.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Primary care in the health system: debates from São Paulo in a historical perspective. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 837–852, 2011.

MOTA, M. A.; NASCIMENTO, A. A. C.; DIAS, A. L.F.; ROSA, L. M.; PEREIRA, M. F. R.; MELO FILHO, P. R, et al. O acolhimento na relação entre usuários da atenção primária e serviços de saúde. **Braz J Health ReView**, v. 2, n. 5, 2019.

MURAMOTO F. T. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2017. 154 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MUSSUDA, A. Mudanças no financiamento da APS no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020.

NASCIMENTO, R. **Atenção básica em saúde bucal em goiás**. 2016. 61p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Pró Reitoria de Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, p. 141-7, 2006.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2020.

NIED, M. M.; BULGARELLI, P.T.; RECH, R. S.; BUNO, C. S.; SANTOS, C. M.; BULGARELLI, A.F. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 362-372, 2020.

NOBRE, J. P. S.; VIEIRA, J. P. A.; GADELHA, R. R. M., et al. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da Atenção Básica. **Revista Expressão Católica**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 2016.

NUNES, A. A. FLAUSINO, J. M.; SILVA, A. S.; MELLO, L. M. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, 2014.

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2008**: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Rev APS**, v. 11, n. 4, p. 362–73, 2008.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

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

OLIVEIRA, N. F.; MASCARENHAS, A. C. M.; CARVALHO, B. M.; SANTOS, C. B. Processo de trabalho da equipe de saúde bucal no município de nordestina-BA. **Brazilian journal of development**. v. 6, n. 10, 2020.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. C. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 659-670, 2015.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6 p. 1723- 1728, 2018.

PAPP, R.; BORBAS, I; DOBOS E. et al. Percepções de qualidade na atenção primária à saúde: perspectivas de pacientes e profissionais a partir de discussões em grupos focais. **BMC Fam Pract**, v.15, n.128, 2014.

PAULA, G. A. **Modelos de Regressão com apoio computacional**. São Paulo: Instituto de matemática e Estatística-Universidade de São Paulo, 2012.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p. 108- 24, 2005.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. EPJV / FIOCRUZ, 2005.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 199-206, 2006.

PERES, K.G.; PERES, M. A.; BOING, A. F. BERTOLDI, A. D., et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

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

PINTO-JÚNIOR, E. P. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 268- 78, 2015.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PINTO, R. N. M.; PIRES, H. F.; PROTASIO, A. P. L.; VALENÇA, A. M. G. Satisfação do Usuário e Cuidados Ofertados na Saúde Bucal em João Pessoa: 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Rev. Bras. Ciência da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 405-416, 2020.

PINTO, D. S. A.; MARTINS, C.D. Acolhimento Odontológico no acesso e produção de cuidado na saúde. Revisão de Literatura, **FACSETE**, 2020.

PIRES, H. F.; LIMÃO, N. P.; PROTASIO, A. P. L.; VALENÇA, A. M. G. Fatores associados à satisfação dos usuários com a atenção à saúde bucal na Paraíba, 2014. **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 451-464, 2020.

PIRES, L. C. **Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica: Revisão Integrativa**. 2020. 56p. TCC (Especialização) Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

PROTASIO, A. P. L. **Fatores associados a satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em saúde. análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB**. 2014. 175 p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2014.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n.2, e00184715, 2017.

PROTASIO, A. P. L. **Satisfação do usuário com os serviços da atenção básica no Brasil: uma avaliação a partir da participação das equipes nos ciclos do PMAQ-AB**. 2017. 114 p. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde). Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 113–125, 2003.

RESES, M. L. N. **Universalidade do acesso e integralidade na atenção à saúde bucal**. 2017. 152p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) -Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RIBEIRO, F. A. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. 307 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RIBEIRO, F. G. **Uso da regressão logística na estimação da probabilidade de reincidência de jovens infratores**. 2015. 34p. TCC (Graduação em Estatística). Departamento de Estatística. Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

RIBEIRO, A. G. A.; MARTINS, R. F. M.; VISSOCI, J. R. N.; DA SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. et al. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services

in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. **PLoS ONE**, v. 16, n. 3: e0247101, 2021.

RODRIGUES, A. A. A. O.; OLIVEIRA, M. Q.; SANTOS, M. H. A.; JÚNIOR, A. J.; SILVA, A. K. P. Qualidade da atenção em Saúde Bucal: entraves que dificultam a prática das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Revista APS**, no prelo, 2019.

RODRIGUES, L. V. **Cárie e dor dentária: fatores associados em pacientes acometidos por coagulopatias hereditárias no estado da Paraíba**. 2013. 125p. Dissertação (Mestrado em Modelos de decisão e Saúde). Departamento de Estatística. Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, D. M. A.; ALVES, C. M. C.; ROCHA, T. A. H.; QUEIROZ, R. C. S. et al. Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018*. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 30, n. 1 :e2020425, 2021.

SARKAR, S. K.; MIDI, H. Importance of Assessing the Model Adequacy of Binary Logistic Regression. **Journal of Applied Sciences**, v. 10, n. 6, p. 479-486, 2010.

SAVASSI, F. M. **Organização da agenda dos profissionais de saúde da unidade básica de saúde Antônio Caetano Laranjeiras – Betim**. 2013. 28p . TCC (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, Minas Gerais, 2013.

SEIXAS, A. L. M.; OLIVEIRA, V. G. B.; SANTOS, V. R.; BATISTA, A. C. D. et al. Produção científica sobre o acolhimento nos serviços de saúde na perspectiva ciênciométrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021.

SILVA, L. Á. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P.; LIMA, J. G. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde Debate**, v. 43, n. 122, 2019.

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**, v. 39, n. 105, p. 363-374, 2015.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, G. T.; CARVALHO, F. O.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, 2021.

SIQUEIRA, J. A. S.; ZANIN, L.; OLIVEIRA, A. M. G.; FERNANDEZ, F. H. B.; FLÓRIO, F. M. Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3º

ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 21, n. 3, p. 49–59, 2019.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 274, 2014.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n.2, p. 153-158, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

SOARES, R. Z.; KLEIN, C. O.; BENELLI, K. R. G.; FIGUEIREDO, M. R. B.; NEVES, M. Mapeamento da rede de atenção à saúde bucal da região metropolitana de Porto Alegre. **Aletheia**, v.53, n.1, p.68-83, 2020.

SOUZA, L. B.; ARCÊNCIO, R. A.; CÂNDIDO, F. C. A.; CAMPOY, L. T.; CARTAGENA-RAMOS, D. A.; FIORATI, R. C. Social inequities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, 2020.

SOUZA, K. G. S.; BARBOZA, N. A. Melhorias no acolhimento e desenvolvimento de triagem em uma unidade básica de saúde. **UMA-SUS**, 2021.

SCHIAFFINO, A. et al. Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies. **Gaceta Sanitaria**, v. 17, n. 1, p. 70–74, fev. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, p. 46-220, 2002.

STOPA, S.R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; GALVÃO CESAR, C. L. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51 Supl n.1:3s, 2017.

TAMBARA, A. F.; AMARAL JUNIOR, O. L.; MENEGAZZO, G. R.; AMARAL GIORDAN, J. M. Atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n. 64, p. 60-71, 2020.

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, 2012.

TAVARES, R. P.; COSTA, G. C.; FALCÃO, M. L. M.; CRISTINO, P. S. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde Debate**, v. 37, n. 99, p. 628-35, 2013.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 2, p. 356 - 369, 2016.

TELESSAÚDE [internet]. Santa Catarina Qual a recomendação para classificação de risco na ABS APS? **Telessaúde**, 2015.

TURKMAN, M. A. A.; SILVS, G. L. **Modelos Lineares Generalizados** – da teoria à prática. Lisboa, 200.

VALENÇA, A. M. G.; DANTAS, E. L. A.; PROTASIO, A. P. L.; LIMÃO, N. P. et al. Oral Health Attention offered to children and adolescents in Primary Health Care. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e17710615669, 2021.

VIANA, I. B.; MOREIRA, R. S.; MARTELLI, P. J. L. et al. Evaluación de la calidad de la asistencia en salud bucodental en la Atención Primaria a la Salud en Pernambuco, Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Fiocruz, 2014.

VIEIRA-MEY, A. P. G. F.; MORAIS, A. P. P.; GUIMARÃES, J. M. J., et al. Infrastructure and work process in primary health care: PMAQ in Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 62, 2020.

VIEIRA, N. F. C.; MACHADO, M. F. A. S.; NOGUEIRA, P. S. F. et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200516, 2021.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019.

WARKENTIN, P. F.; BUFFON, M. C. M.; ROCHA, J. S.; DITTERICH, R. G. Organização da atenção na saúde bucal em um município da região metropolitana de Curitiba: percepção do usuário. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, p. 212 – 220, 2017.

WARREN, K. S. The evolution of selective primary health care. **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 9, p. 891-898, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Conference on Primary Health Care**. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc> (acessado em 07/07/2021).

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
--	--	---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lucilia da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayna Yaçanã Borges de ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES

1