

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**HÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO
ESTADO DA PARAÍBA SEGUNDO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS?**

**JOAO PESSOA/PB
2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Nayara Pereira Limão

**HÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO
DA PARAÍBA SEGUNDO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS?**

**JOÃO PESSOA/PB
2023**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NAYARA PEREIRA LIMÃO

HÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO
DA PARAÍBA SEGUNDO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS?

João Pessoa/PB

2023

NAYARA PEREIRA LIMÃO

**HÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO
ESTADO DA PARAÍBA SEGUNDO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Maria do Socorro Trindade
Morais

Coorientador(a): Ana Maria Gondim Valença

**JOÃO PESSOA/PB
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732h Limão, Nayara Pereira.

Há associação entre a estrutura, organização e acesso aos serviços de saúde bucal ofertados na atenção básica no estado da Paraíba segundo porte populacional dos municípios? / Nayara Pereira Limão. - João Pessoa, 2023.

86 f. : il.

Orientação: Maria do Socorro Trindade Moraes.

Coorientação: Ana Maria Gondim Valença.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviços de saúde - Avaliação e acesso. 3. Saúde bucal. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Moraes, Maria do Socorro Trindade. II. Valença, Ana Maria Gondim. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
---	--	---

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação Pós-Graduação em Saúde Coletiva	Instituição UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a) Nayara Pereira Limão	
Realizada no Dia 19/12/2023	

Às 10:30 horas do dia 19 do mês de dezembro do ano de 2023 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

NAYARA PEREIRA LIMÃO

Intitulado

TÍTULO DO TRABALHO: Há associação entre Estrutura, Organização e Acesso aos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Estado da Paraíba segundo porte populacional?

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

Maria do Socorro

Trindade Morais, orientador(a)

Ana Maria Gondim Valença – co-orientadora

Ane Poline Lacerda Protasio e Wilton Wilney Nascimento Padilha

A sessão foi aberta pela presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após sua exposição, deu seguimento ao processo de arguição da banca. A primeira examinadora foi da professora Dra. Ane Poline Lacerda Protasio, em seguida foi a vez do profa. Dra Ana Maria Gondim Valença. Durante a arguição da banca, perguntas foram respondidas pela mestranda sobre dimensões relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa.

Em seguida, a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda.



Assinatura do(a) orientador(a): _____

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Alice e Davi por serem a minha vida e minha fonte de força e alegria.

Ao meu esposo Thiago Andrade por todo companheirismo, amor, apoio e por acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela sua imensa graça derramada sobre minha vida, por ter me guiado nesse caminho do mestrado e conduzido tudo mediante sua vontade que é boa, perfeita e agradável. Tudo Dele, Por Ele e Para Ele!

Aos meus filhos **Alice e Davi** por serem meu porto seguro, meu abrigo e minha fonte de renovo.

À **Thiago Andrade**, meu esposo, por ter vivido e compartilhado desse sonho comigo, por me incentivar e compreender nos momentos difíceis, por ser e estar presente com as crianças sempre, exercendo seu papel de pai, para que eu pudesse me ausentar em alguns momentos para estudar.

À minha mãe, **Vanusa Pereira Limão**, pelo seu amor incondicional, por sempre acreditar em mim mais do que eu mesma, por sempre me incentivar a viver os meus sonhos e alçar novos voos com coragem e perseverança, por ser meu exemplo de força e meu alicerce.

À minha avó materna, **Mãe Graça**, pelo amor e carinho de sempre e por sempre me encorajar.

Aos meus sogros, **Izaias Alcântara e Cleidismar Alcântara**, por serem como segundos pais para mim, por me auxiliarem com as crianças, sempre com boa vontade, amor e dedicação, quando precisei me ausentar para estudar.

À professora **Maria do Socorro Moraes**, minha orientadora, por me acompanhar em todo esse processo do mestrado, pela orientação para construção do trabalho, por ser compreensiva em muitos momentos durante esses dois anos de trabalho.

À professora **Ana Maria Gondim Valença**, por ter aceitado ser minha coorientadora, por todo apoio, compreensão, amizade e ter contribuído de forma tão significativa não apenas na construção desse trabalho, como também na minha construção acadêmica desde a graduação. Gratidão por tudo e por tanto.

À **Ane Polline Lacerda Protásio**, pelo apoio de sempre, desde a graduação, pela ajuda e empenho para construção desse trabalho, pela sua disponibilidade e boa vontade sempre em me ensinar e pela sua amizade.

A todos os docentes, colaboradores e colegas do **Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC – UFPB)**, pela contribuição tão significativa neste capítulo da minha trajetória acadêmica.

“Porque Dele, e por Ele, e para Ele são todas as coisas;
glória, pois, a Ele eternamente. Amém!”
ROMANOS 11:36

RESUMO

A avaliação dos serviços estrutura-se como uma ferramenta que auxilia a gestão, quanto organização dos serviços, contribuindo para a tomada de decisão em saúde. O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de atuar na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. O programa foi iniciado em 2011 teve seu término em 2019, onde foram realizados três ciclos. O presente estudo, de caráter observacional, analítico e transversal, de base secundária, objetiva analisar se a estrutura das UBS e a organização das eSB estão associados ao acesso à atenção odontológica ofertada na AB na Paraíba, considerando o porte populacional dos municípios, segundo os dados do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizou-se o Módulo III - (Entrevista com o usuário na UBS), para análise do acesso aos serviços; o Módulo V- (Observação na UBS), para verificação da infraestrutura das unidades e o Módulo VI (Entrevista com o profissional da eSB e verificação dos documentos na UBS), para analisar a organização do processo de trabalho das equipes. Realizou-se análise descritiva e análise inferencial por meio da regressão logística, considerando como variável desfecho referente ao acesso “O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?”. Foram estimadas as Razões de Chances (Odds Ratio – OR) para o desfecho, considerando $\alpha=0,05$. O ajuste para o modelo foi realizado a partir do teste de Hosmer e Lemeshow. Como resultados, observou-se que quase a totalidade dos usuários da AB da Paraíba conseguem marcar atendimento com o dentista, com maior percentual encontrado para os usuários de municípios de pequeno porte I (98,1%). Os modelos de regressão demonstraram as seguintes associações para o modelo referente aos municípios de pequeno porte I: a UBS não dispor de anestésico sem vasoconstritor (OR=2,86) e o atendimento clínico da equipe não garantir atendimento agendado/programado (OR=4,26). Para o modelo referente aos municípios de pequeno porte II: a presença de fios expostos, soltos ou desencapados (OR=0,11). Para municípios de médio porte: a UBS não dispor de cimento de hidróxido de cálcio (OR=7,28) e de material limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente (OR=31,29). Já para o modelo referente aos municípios de grande porte, os fatores associados foram: a UBS não dispor de anestésico tópico (OR=8,18); matriz metálica (OR=18,76); resinas fotopolimerizáveis (OR=4,37); não existir reserva de vagas na agenda da eSB um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames (OR=9,47) e os profissionais da eSB não realizarem acolhimento conjuntamente com a equipe de AB (OR=3,65). Conclui-se que os fatores associados à estrutura, organização e acesso aos serviços de saúde bucal diferem de acordo com o grupo de municípios e suas respectivas características populacionais. Há necessidade de uma atenção diferenciada, com reorganização do processo de trabalho, considerando as particularidades de cada grupo de municípios na Paraíba.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The evaluation of services is structured as a tool that assists management and organization of services, contributing to health decision-making. The Ministry of Health established the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), with the aim of improving the quality and access to health services. The program started in 2011 and ended in 2019, where three cycles were carried out. The present study, of an observational, analytical and cross-sectional nature, with a secondary basis, aims to analyze whether the structure of UBS and the organization of eSB are associated with access to dental care offered in PC in Paraíba, considering the population size of the municipalities, according to the data from the 3rd PMAQ-AB external evaluation cycle. Module III - (Interview with the user at the UBS) was used to analyze access to services; Module V- (Observation at the UBS), to check the infrastructure of the units and Module VI (Interview with the eSB professional and verification of documents at the UBS), to analyze the organization of the teams' work process. Descriptive analysis and inferential analysis were carried out using logistic regression, considering the outcome variable relating to access as "Are you able to schedule an appointment with the dentist at this health unit?". Odds Ratios (OR) were estimated for the outcome, considering $\alpha=0.05$. The model was adjusted using the Hosmer and Lemeshow test. As a result, it was observed that almost all users of PC in Paraíba are able to schedule an appointment with the dentist, with a higher percentage found for users in small municipalities (98.1%). The regression models demonstrated the following associations for the model referring to small municipalities I: the UBS does not have anesthetics without vasoconstrictors (OR=2.86) and the team's clinical care does not guarantee scheduled/scheduled care (OR=4,26). For the model referring to small municipalities II: the presence of exposed, loose or bare wires (OR= 0.11). For medium-sized municipalities: the UBS does not have calcium hydroxide cement (OR=7.28) and cleaning material for instruments and drills in sufficient quantities (OR= 31.29). For the model referring to large municipalities, the associated factors were: the UBS not having topical anesthetics (OR=8.18); metallic matrix (OR=18.76); light-cured resins (OR=4.37); there is no reservation of places in the eSB agenda, a time that is easily accessible to the professional so that the user can search for and show exam results (OR=9.47) and the eSB professionals do not carry out reception jointly with the PC team (OR =3.65). It is concluded that the factors associated with the structure, organization and access to oral health services differ according to the group of municipalities and their respective population characteristics. There is a need for differentiated attention, with reorganization of the work process, considering the particularities of each group of municipalities in Paraíba.

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

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte I do estado da Paraíba.....	49
Gráfico 2 –	Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte II do estado da Paraíba.....	51
Gráfico 3 –	Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.....	53
Gráfico 4 –	Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de grande porte do estado da Paraíba.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Levantamento bibliográfico de estudos que consideram análise da estrutura, organização e acesso aos serviços de saúde bucal	27
	.	
Quadro 2 –	Variáveis utilizadas para o estudo.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição da frequência das respostas dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba	34
Tabela 2 –	Distribuição da frequência quanto à observação das características estruturais e ambiência da UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	35
Tabela 3 –	Distribuição da frequência quanto à observação dos equipamentos odontológicos em condições de uso na UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	37
Tabela 4 –	Distribuição da frequência quanto à observação dos instrumentais odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	39
Tabela 5 –	Distribuição da frequência quanto à observação dos insumos odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	40
Tabela 6 –	Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações pela equipe de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	43
Tabela 7 –	Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto organização da agenda e oferta de ações da equipe de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.....	44

Tabela 8 –	Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto à relação da ESB com outros pontos da rede de Atenção de Saúde, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba	47
Tabela 9 –	Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de pequeno porte I do estado da Paraíba.....	48
Tabela 10 –	Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de pequeno porte II do estado da Paraíba.....	50
Tabela 11 –	Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de médio porte do estado da Paraíba.....	52
Tabela 12 –	Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de grande porte do estado da Paraíba.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Motivação.....	14
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde e contexto atual.....	16
3.2 Avaliação dos serviços de saúde na Atenção Básica	18
3.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB.	20
3.4 Acesso aos serviços de saúde	24
3.5 Estudos sobre estrutura, organização e o acesso aos serviços de saúde de bucal.....	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 Características do estudo.....	28
4.2 Definição das Variáveis.....	28
4.3 Análise dos dados.....	31
5 RESULTADOS.....	34
5.1 Análise Descritiva.....	34
5.2 Análise Inferencial.....	47
5.2.1 Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte I	47
5.2.2 Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte II	49
5.2.3 Modelo de regressão logística para os municípios de médio porte	51
5.2.4 Modelo de regressão logística para os municípios de grande porte	53
6 DISCUSSÃO	56
6.1 Estrutura das UBS: Infraestrutura, equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos.....	57
6.2 Organização do processo de trabalho da eSB.....	62
6.3 Limitações do estudo	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	70
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	76
ANEXO B - MUNICIPIOS PARAIBANOS E PORTE POPULACIONAL	77

1 INTRODUÇÃO

O processo de avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde é imprescindível para o fortalecimento da Atenção Básica (AB). Nesta perspectiva, a avaliação dos serviços se estabelece como uma ferramenta que assiste a gestão, no que compete à averiguação da organização dos serviços, o que corrobora para tomada de decisão em saúde (Almeida; Giovanella, 2008).

A avaliação em saúde é amplamente discutida, pois ela subsidia informações acerca de cobertura, equidade, qualidade e acesso aos serviços de saúde. Esses elementos devem ser incorporados ao cotidiano dos serviços, tanto no âmbito da gestão, quanto no processo de organização dos serviços, assim como no trabalho das equipes de saúde, na intenção de proporcionar avanços na qualidade da assistência oferecida (Tanaka; Tamaki, 2012; Medeiros, 2019).

No que compete à Atenção Primária a Saúde (APS), metodologias avaliativas vêm sendo instituídas com o propósito de avaliar a qualidade dos serviços ofertados, assim como promover o direcionamento para o planejamento das ações em saúde (Giovanella et al., 2020).

Sendo assim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), mediante Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como uma iniciativa de propiciar melhoria na qualidade do atendimento e na ampliação da oferta dos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Após revisão instrumental, o 3º ciclo do PMAQ-AB foi estruturado em três fases e um eixo estratégico de desenvolvimento. As fases que compõem o programa são: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização. O eixo estratégico transversal de desenvolvimento, corresponde ao conjunto de ações empreendidas pelos profissionais com o intuito de promover movimentos de mudanças nos espaços de atuação (BRASIL, 2017).

Mediante a avaliação da qualidade dos serviços, o PMAQ-AB propôs, dentre outras vertentes, a verificação da integração dos princípios do SUS pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Logo, a integralidade, compreendida como um conglomerado de ações e serviços, com proposição de garantir a continuidade do cuidado em saúde nos distintos níveis de atenção, está diretamente relacionada à consumação de uma atenção odontológica contínua. Quando à estrutura dos serviços ofertados em saúde bucal e/ou sua organização, se encontram fragilizados, há um descumprimento desse princípio da integralidade, acarretando

no rompimento na assistência em saúde bucal (Giovanella et al., 2002; Pinto; Sousa; Ferla, 2014; Limão et al., 2016).

Além disso, tais vulnerabilidades podem acarretar na dificuldade do acesso aos serviços de saúde bucal. Dessa forma, estudos que abordam essa temática são pertinentes e podem fornecer resultados relevantes para a melhoria na gestão e para o redirecionamento dos rumos da política em saúde.

Nesse contexto, a estrutura e a organização dos serviços ofertados em saúde bucal na Atenção Básica estão associadas com o acesso a esses serviços, considerando o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba? Verificar os fatores associados à estrutura e organização dos serviços no acesso, considerando o porte populacional dos municípios da Paraíba, é relevante, pois podemos destacar as diferenças e particularidades entre esses municípios, o que auxilia na elaboração de políticas públicas específicas para cada cenário.

Logo, este estudo parte da hipótese de que a estrutura e a organização dos serviços de saúde bucal estão associadas ao acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica na Paraíba, com heterogeneidade entre os municípios que compõem esse estado.

Vale salientar, ainda, que o PMAQ-AB é considerado como uma iniciativa que passou a estimular o trabalho e a qualidade dos serviços da atenção básica, mediante financiamento federal. Foram três ciclos de avaliação de externa, que pautaram o fator de desempenho das ações das equipes de saúde como critério fundamental para evolução da ESF. Entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2013, foi realizado o 1º ciclo do PMAQ-AB no Brasil, o 2º ciclo foi realizado entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2014 e o 3º ciclo entre 2015 e 2019, com a determinação do fim do programa.

Os estudos que abordam a perspectiva da avaliação externa, referente ao 3º ciclo de avaliação do PMAQ-AB, podem contribuir para verificação dos efeitos do programa como política de saúde, e seus impactos na caracterização da qualidade da oferta dos serviços e do cuidado em saúde. Os resultados obtidos com esse tipo de estudo subsidiam informações e evidências importantes para o processo de tomada de decisão. Por conseguinte, é possível a aplicação de estratégias que viabilizem ações direcionadas, a fim da melhoria do acesso e da qualidade do serviço oferecido.

1.2 Motivação

O PMAQ-AB constituiu-se como ferramenta imprescindível quanto fomento às modificações das práticas nos serviços de saúde e promoveu a mobilização dos gestores, profissionais das equipes de saúde e dos usuários. Logo, o presente trabalho teve como principal motivação a produção de modelos de tomada de decisão pautados nos quatro portes populacionais dos municípios paraibanos. Essa elaboração objetiva fornecer aos gestores de saúde da Paraíba subsídios e informações importantes quanto à estrutura das unidades de saúde, processo de trabalho das eSB e o acesso aos serviços de saúde bucal no estado da Paraíba. Com isso, propõe-se apresentar dados importantes para a construção de decisões específicas para cada cenário correspondente ao grupo de municípios que compõe o estado, segundo porte populacional.

Ademais, durante toda a graduação, a autora desse trabalho desenvolveu pesquisas com ênfase nos dados da avaliação externa dos ciclos desenvolvidos pelo programa. Esse trabalho, portanto, trata-se do resultado de anos de estudos e reflexões acerca do programa, suas potencialidades e fragilidades, e seu papel na Atenção Primária do País desde a sua implantação. O término do programa rompeu com o processo de melhorias contínuas e incrementais realizadas mediante o processo cíclico proposto pela metodologia do programa. Ademais, com a extinção do PMAQ-AB, houve exclusão de diversas ferramentas importantes para o fortalecimento do processo de trabalho das equipes de saúde, a exclusão da escuta e opinião dos usuários sobre os serviços, dentre outros aspectos importantes que ferem o princípio da integralidade.

Sendo assim, o presente estudo também teve como motivação a defesa do programa PMAQ-AB, partindo do princípio do histórico de resultados positivos evidenciados mediante estudos realizados que contemplaram a avaliação externa do programa e que demonstram resultados que propiciam leitura sobre a realidade dos serviços e o fomento à tomada decisão em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo objetiva analisar se a estrutura da unidade de saúde e a organização da equipe de saúde bucal estão associadas ao acesso aos serviços odontológicos ofertados na Atenção Básica na Paraíba, considerando o porte populacional dos municípios.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar as características estruturais do serviço em saúde bucal ofertado, assim como da organização dessa atenção que estão associadas ao acesso aos serviços odontológicos, mediante um modelo de regressão logística, considerando o porte populacional dos municípios paraibanos.
- Identificar vulnerabilidades e potencialidades quanto à estrutura, organização e acesso aos serviços de saúde bucal, a fim de propiciar fundamentos científicos para tomada de decisão em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A fim de embasar o presente estudo, serão percorridos a seguir alguns tópicos teóricos pertinentes acerca da Atenção Primária à Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde e contexto atual, Avaliação dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e Acesso aos serviços de saúde bucal.

3.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde e contexto atual

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge no contexto de reestruturação dos sistemas de saúde em uma conjuntura de colapso em diversos países. O modelo de saúde vigente (biomédico) até meados da década de 1970 e 1980, mostrava-se insuficiente pelo seu elevado custo e pela sua baixa resolutividade nas ações em saúde. Logo, buscava-se novas formas de promover atenção com menores custos e maior efetividade (Ferreira et al., 2013; Gil, 2006).

Sendo assim, alguns países desenvolvidos instituíram a APS, com o objetivo de determinar a saúde como universal, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), baseando-se nos princípios da Medicina preventiva. Compreendia-se, com isso, que a atenção em sua fase inicial precisaria acercar o ambiente sociocultural dos indivíduos e coletividade (Fausto, 2005; Matta, 2005).

Por conseguinte, foi na Conferência de Alma-Ata (1978) que o conceito de APS foi difundido e adotado com a adoção de estratégias para ampliação da oferta aos serviços de saúde para os indivíduos. Existem diversas discussões acerca do conceito de APS, sendo essa definição diretamente relacionada à cultura, aos atores sociais implicados e aos propósitos do sistema de saúde. Dentre as inúmeras interpretações, a APS pode ser entendida como um conjunto de ações atreladas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, inseridas exclusivamente ao setor saúde ou não, correlacionada com os outros níveis de saúde, resultando em uma saúde integral. (Mangueira, 2016; Fausto, 2005; Matta, 2005).

Toda essa mudança no setor saúde culminou na fundação do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante o movimento de reforma sanitária e as discussões sobre as alterações nas políticas de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e de outros acontecimentos. O SUS foi legalizado mediante a Constituição Federal Brasileira, em 1988, e foi regulamentado posteriormente por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. O SUS fundamentou-se

em princípios e diretrizes, com o objetivo de organizar os serviços de saúde e fomentar melhorias na qualidade de vida e de saúde dos brasileiros (BRASIL,1990; Campos, 2007).

Em 1994, foi estabelecido o Programa de Saúde da Família (PSF), com o propósito de reestruturar o modelo assistencial vigente de saúde no Brasil. O PSF objetivou a ampliação das ações programáticas com o fomento às práticas intersetoriais (“PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”, 2003). Posteriormente, o programa denominou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), com a inserção do trabalho das equipes multiprofissionais, com o estímulo a efetivação do vínculo entre equipe e população (Dias et al., 2014).

A saúde bucal foi introduzida no contexto da ESF, com a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na equipe, no ano 2000. O objetivo dessa inclusão foi a reorganização da saúde bucal ofertada, com a aplicação dos princípios da atenção primária e da promoção da saúde. Logo, essa inserção da saúde bucal na ESF possibilitou ampliação da efetivação das práticas em odontologia, fundamentadas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal (Barbosa; Brito; Costa, 2007; Ely et al., 2016). Ademais, a ESF ampliou de forma geral o acesso aos serviços básicos de saúde, o que conferiu melhorias no modelo de atenção e teve destaque no cenário internacional, sendo considerada uma referência de política de saúde exitosa (Massuda, 2020).

Compreende-se que os cuidados primários em saúde potencializam a resolutividade dentro dos serviços, já que se trata da “porta de entrada” à rede. Nessa perspectiva, o MS desenvolveu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a fim de promover o desenvolvimento da expansão da AB no país, mediante portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

No ano de 2011, a PNAB foi reestruturada, prevalecendo valores distintos para o cálculo do valor per-capita do PAB fixo, considerando os distintos cenários das fragilidades socioeconômica dos municípios do Brasil (BRASIL, 2012a) O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) também foi instituído no mesmo ano e, mesmo com limitações, foi considerado um dos mais eficientes programas de remuneração por desempenho em termos mundiais no que compete à APS (Massuda, 2020).

Ao longo de mais de 30 anos de SUS, é inegável os avanços no que compete à cobertura e acesso dos indivíduos ao sistema de saúde, todavia existe muito a

prosseguir quanto à qualidade na oferta dos serviços. As inúmeras vulnerabilidades presentes na própria estrutura do SUS, principalmente atentando para o contexto de pluralidade de cenários contidos nos 5.570 municípios do país, marca uma heterogeneidade da amplificação da ESF e interfere na efetivação das funções essenciais da APS (Fachini *et al.*, 2018).

Em um contexto de austeridade fiscal e de mudança no cenário político-ideológico presente no cenário nacional a partir do ano de 2019, o MS introduziu o programa “Previne Brasil”, modificando a forma de repasse das transferências para os municípios na APS, sendo considerados três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019; Massuda, 2020). A capacitação ponderada concebe uma subordinação para a realização do repasse financeiro e utiliza o conceito de equidade mascarando o cunho economicista/ tecnicista do programa. Ademais, a lógica da inserção de tais indicadores específicos do Previne Brasil faz com que as ações sejam direcionadas unicamente para o alcance das metas. O programa desconsidera toda a construção histórica da APS e promove uma descontinuidade no processo de incremento às melhorias de acesso e qualidade à saúde no Brasil (Couto; Mendes; Carnut, 2023).

No tópico a seguir serão elucidados alguns pontos quanto à inserção dos processos avaliativos na Atenção Básica no âmbito do SUS.

3.2 Avaliação dos serviços de saúde na Atenção Básica

Avaliar os serviços de saúde é tornar a teoria em ações práticas, com o objetivo subsidiar o processo de tomada de decisão e formulação de políticas em saúde e assim auxiliar o progresso na qualidade dos serviços (Esperedião; Tred, 2006).

Ainda quanto ao conceito de avaliação, sabe-se que:

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 (Champagne; Hartz; Contandripoulos, 2011, p. 44).

Para Donabedian (1986), uma das abordagens para o estudo da avaliação é conhecer além do processo de cuidado, os cenários em que esse sucede e os instrumentos dos quais ele é resultado. Segundo o autor, a avaliação da qualidade do cuidado nos serviços de saúde pode ser categorizada mediante a tríade: Estrutura, Processo e Resultados. A categoria estrutura relaciona-se a questões sobre recursos humanos, estrutura física, financiamento e equipamentos. O Processo compreende questões de diagnóstico, prevenção e educação aos usuários. Já a categoria Resultados refere-se a repercussão dos cuidados, ou seja, o produto da assistência ofertada as pessoas e populações. Tais categorias são empregadas como premissas para os processos de avaliação, que devem ser estimuladas a se tornarem parte do cotidiano dos serviços de saúde (Donabedian, 1966; Amaral Júnior et al., 2020).

No Brasil, a partir dos anos 2000, estudos sobre avaliação com foco na AB tem se expandido, principalmente pelo campo da qualidade dos serviços ter se tornado eixo de discussão pelo MS (Castanheira et al., 2014; Amaral Júnior, 2020; BRASIL, 2010; Tanaka; Espirito Santo, 2008; Almeida; Macinko, 2006; Campos, 2005). Logo, avaliação da AB começa a ser compreendida como instrumento político modificador da realidade dos serviços de saúde no país, fomentando subsídio para o incremento a eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas e a organização dos serviços de saúde (Tanaka; Tamaki, 2012).

No ano de 2002, instituiu-se o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), no qual operava mediante três instrumentos de avaliação: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Sistema de Informação da Atenção Básica, e o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil. O objetivo do MS era estimular e implementar estratégias de monitoramento e avaliação na APS, a fim de viabilizar tais processos avaliativos dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Por sua vez, em 2005, instituiu-se o AMAQ, ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade, que objetivou auxiliar o planejamento de ações da equipe. Dessa forma, mediante esse instrumento de autoavaliação eram identificadas as fragilidades e potencialidades presentes, a fim de incorporar ações específicas de intervenção. Os processos autoavaliativos na AB eram realizados de forma

perdurável, efetivando-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais (BRASIL, 2012).

Nesse contexto dos fomentos às iniciativas de avaliação dos serviços de saúde, no contexto da APS, o Ministério da Saúde estabeleceu o “Saúde Mais perto de Você”. Este constituiu-se como um agrupamento de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB), a fim de promover o cuidado dos usuários no ambiente em que vivem (BRASIL, 2011). Instituiu-se, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), com o propósito de garantir ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados (próximo tópico a ser abordado).

No ano de 2019, o PMAQ-AB foi substituído pelo Programa Previne Brasil, mediante portaria 2.979, estabelecendo uma mudança significativa na lógica de financiamento da AB para a realização de pagamento por desempenho, considerando um grupo de indicadores (BRASIL, 2019). Dessa forma, houve o rompimento de toda a metodologia antes implementada pelo antigo programa, que fomentava os processos autoavaliativos cíclicos e contínuos na AB.

Por meio dessa substituição, em 2020, o MS implementa outro instrumento conhecido internacionalmente e validado em outros países, o Primary Care Assessment Tool (PCATool), com objetivo de verificar características estruturais e de processo dos serviços de saúde. Tal instrumento permite verificar a existência e amplitude dos atributos da Atenção Primária à Saúde, por meio da experiência dos usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2020).

3.3 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 constituído mediante a Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011 e estava inserido em um cenário ascendente de iniciativas do Governo Federal. O foco do programa era ações voltadas para o comprometimento com a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços ofertados no SUS, evidenciando o âmbito da AB. Pretendia-se instituir um padrão de qualidade equiparável no quesito nacional, regional e local de forma a viabilizar mais eficiência na transparência e efetividade das ações governamentais centralizadas à AB (BRASIL, 2017).

Segundo o manual instrutivo, o programa tinha como objetivos específicos: I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a

satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2017). Ademais, o programa apontava como potencialidade o desenvolvimento de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde adotando estratégia cíclica e contínua.

O programa instituiu 3 ciclos de avaliação (2011/2012; 2013/2014; 2017/2018) com seu encerramento em 2019, onde ocorreu a substituição por um novo modelo de financiamento da AB. O PMAQ-AB em seu 3º ciclo (foco de interesse deste estudo, dispôs da presença de todas as Equipes de Saúde da Família da AB (Saúde da Família e Parametrizada), inclusive as Equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas em consonância com a PNAB (BRASIL, 2015).

Nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, o instrumento avaliativo foi disposto com a mesma organização, sistematizado em quatro fases que formavam um ciclo contínuo: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação/recontratualização (BRASIL, 2017). Para o 3º ciclo, foi estabelecida uma nova configuração em três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um eixo estratégico de desenvolvimento, que serão descritos a seguir.

A fase da **Adesão e Contratualização** trata-se da pactuação das responsabilidades e compromissos da gestão municipal e equipe (equipes da AB.

equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF) com o MS. O Município fazia a adesão e (re)contratualização das equipes com o Ministério da Saúde e por sua vez, o MS homologava a adesão e (re)contratualização dos municípios e equipes (BRASIL, 2017).

O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento é definido como um conglomerado de ações, que ocorriam concomitantemente às fases do programa, e que eram realizadas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS. O objetivo desse eixo era certificar que tais condutas destinadas ao fomento de melhorias na qualidade dos serviços ofertados pudessem ser estabelecidas em todas as fases do PMAQ (BRASIL, 2017).

Esse eixo está estruturado em cinco dimensões:

1 – Autoavaliação: instrumento que tinha como objetivo estimular as equipes a identificarem potencialidades e fragilidades no seu processo de trabalho, enumerar estratégias para superação das dificuldades encontradas, com a finalidade de subsidiar a obtenção das metas acordadas. Além disso, pretendia-se superar o caráter de “punição” dos processos avaliativos e estabelecer uma orientação para tomada de decisões, constituindo uma etapa fundamental para desenvolvimento de ações que visavam a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Para isso, o MS disponibilizava um instrumento de autoavaliação (AMAQ), a fim de instrumentalizar as equipes e a gestão municipal na realização da autoavaliação.

2 – Monitoramento: dos indicadores

3 – Educação Permanente: como processo pedagógico e importante estratégia de gestão que considera aspectos relacionados à atualização de conhecimentos e habilidades (aprendizagem significativa).

4- Apoio Institucional: objetiva a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.

5 – Cooperação Horizontal : tem por finalidade valorizar o protagonismo local, onde equipes participantes do programa possam partilhar das suas experiências e aperfeiçoem suas práticas mediante a troca de experiências de outras equipes.

Na fase de **Certificação** das equipes, compreendida como a validação dos esforços desempenhados pelas equipes e gestão municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. As equipes participantes do PMAQ eram certificadas de acordo com seu desempenho, considerando:

a. **Avaliação externa de desempenho** das equipes de saúde e gestão da atenção básica. A avaliação externa foi realizada mediante cooperação do DAP com as instituições de ensino e/ou pesquisa de todo o Brasil, onde um conjunto de padrões determinados previamente eram averiguados por entrevistadores na própria unidade de saúde. Para o reconhecimento desses padrões de acesso e qualidade alcançados, os avaliadores realizavam observações de infraestrutura e condições de funcionamento das UBS, entrevista com profissionais das equipes e verificação de documentos. Para isso, era utilizado o instrumento de avaliação externa, que contemplava a descrição das características estruturais e de ambiência na UBS, disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos, além de elementos relacionados a organização do processo de trabalho por meio de entrevistas com profissionais de saúde.

b. Verificação da realização de **momento autoavaliativo** pelos profissionais das equipes de atenção básica

c. Avaliação de **desempenho do conjunto de indicadores contratualizados** na etapa de adesão e contratualização

O Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações (BRASIL, 2017):

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

- Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.

- Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica.

- Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Por fim, a fase na **Recontratualização**, que consiste na pactuação de novos padrões e indicadores, onde novos compromissos são firmados. Nesse processo, ocorre a pactuação das equipes e dos municípios mediante novos padrões e indicadores de qualidade. Desta forma, há um estímulo para oferecer uma metodologia de trabalho cíclica e sistemática, concluindo o ciclo de qualidade proposto pelo PMAQ-AB (BRASIL, 2017).

O PMAQ foi um programa inserido em um contexto de crescente implementação de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços no âmbito do SUS e com destaque ao componente da AB. Como já mencionado, o programa consiste em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão. O objetivo do programa era que parâmetros inéditos de qualidade fossem estabelecidos a cada novo ciclo, propiciando melhorias na obtenção de deliberações em saúde para a população, além do desenvolvimento da gestão e das equipes (BRASIL, 2011). Como já mencionado, o PMAQ considerou a averiguação do acesso da população aos serviços de saúde, assim como verificação das condições de infraestrutura e organização das equipes de saúde (foco do presente estudo). Esses aspectos serão elucidados nos tópicos a seguir.

3.4 Acesso aos serviços de saúde

Desde 1988, considerando as bases previstas na Constituição Federal, as ações e serviços do SUS no Brasil devem ser descentralizados, dispostos mediante rede regionalizada e hierarquizada, com gestão compartilhada e com garantia de acesso universal e integral para todos (BRASIL, 1990).

Desde então, o conceito de acesso universal a saúde, no contexto dos princípios do SUS, tem sido pauta de discussão na literatura nacional e alvo de pesquisas que abordam a organização dos serviços de saúde. O estudo dessa temática corrobora para construção de políticas que apreciem as singularidades dos usuários e das coletividades (Menezes et.al., 2017).

Ao longo dos anos, o conceito de acesso à saúde tornou-se mais complexo, e reúne aspectos múltiplos para sua compreensão. Para caracterizar a categoria acesso, Giovanella e Fleury (1995) consideraram dimensões explicativas que resultou posteriormente em quatro modelos teóricos: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão política (modelo sanitarista-politicista) estabelece conexão entre as políticas de saúde e a configuração histórica do modelo de atenção mediante estabelecimento de uma consciência sanitária e social. A dimensão econômica (modelo economicista) concerne à oferta dos serviços em contrapartida da demanda aos serviços; a dimensão técnica (modelo sanitarista-planificador) compreende acesso como a oferta dos serviços de saúde, mediante o planejamento e os recursos disponíveis para organização, qualidade e resolutividade das ações, em contrapeso com a utilização dos serviços pelos usuários e os obstáculos encontrados por eles; por fim, a dimensão simbólica (modelo das representações sociais) propõe que o acesso categoria de análise e planejamento. Entende que existe intersubjetividade no processo saúde-doença, sendo a base das representações sociais o substrato social (Giovanella; Fleury, 1995; Abreu de Jesus; Assis, 2010; Assis; Abreu de Jesus, 2012).

Donabedian utiliza o termo acessibilidade em detrimento ao acesso e considera que os aspectos sócio-organizacionais (condições sociais, econômicas, culturais, educacionais) e geográficos (relação tempo e espaço - distância física entre o usuário e os serviços) influenciam essa acessibilidade. Outros estudos sugerem a acessibilidade como uma das três dimensões para elucidação do conceito de acesso, compreendendo-a como “custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário”. As outras duas dimensões são: a disponibilidade (presença de todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário) e aceitabilidade (aspectos subjetivos, sociais e culturais).

Alguns estudos consideram sinônimos os termos “acesso” e “utilização dos serviços” (Sória et al., 2019; Oliver; Mossialos, 2004; Travassos; Martins, 2004), entretanto outros autores julgam essa analogia inadequada, já que o termo exclui

aqueles usuários que procuraram os serviços de saúde, porém não os utilizaram. (Carreiro et al., 2019).

No âmbito da APS, o termo pode ser compreendido como as diversas possibilidades atreladas à entrada dos usuários aos serviços de saúde, o que se correlaciona a aspectos como a distância entre a residência do usuário e a UBS, a viabilidade de dia e horário para atendimento, assim como obtenção de consulta sem agendamento prévio (Abreu de Jesus; Assis, 2010; Assis; Abreu de Jesus, 2012).

Se compreendermos o atendimento de forma fracionada, dividido em etapas, o acesso pode ser classificado como sendo a primeira delas, caracterizando a procura do usuário para resolução da sua demanda dentro da rede. Vale ressaltar que, para efetivação da resolução das necessidades dos usuários dentro do sistema de saúde, determinados aspectos devem ser considerados como a presença de recursos estruturais adequados, equipamentos, insumos para efetivação dessa assistência, assim como a capacitação técnica dos profissionais envolvidos (Assis; Abreu de Jesus, 2012).

O Brasil continua ocupando a posição de um dos países mais desiguais do mundo, sendo tal característica refletida na saúde pública ofertada (Campello et al., 2018). No que tange à saúde bucal, houve um avanço significativo no cenário nacional quanto à ampliação do acesso, principalmente após a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Todavia, existem inúmeras barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos que ainda constituem desafios no âmbito do SUS (Freire et al., 2021; Esposti et al., 2014).

Apesar dos inegáveis avanços no que diz respeito à expansão geográfica da cobertura e a ampliação equipes do PSF, a contar de 1998 com o desenvolvimento da ESF em todo país, existem diferenças regionais e municipais a ser encaradas no contexto brasileiro (Lima et al., 2020). Existem disparidades quanto ao acesso aos serviços de saúde, sendo elas relacionadas a fatores socioeconômicos, demográficos, organizacionais, o que pode resultar em piores cenários no que tange à saúde bucal, sobretudo para grupos historicamente segregados (idosos, população de baixa escolaridade e baixa renda).

3.5 Estudos sobre estrutura, organização e o acesso aos serviços de saúde de bucal

A seguir são demonstrados alguns estudos que tem como ênfase na estrutura, organização e acesso aos serviços de saúde bucal realizados no Brasil, que consideram dados secundários provenientes dos dois primeiros ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB.

Quadro 1. Levantamento bibliográfico de estudos sobre a estrutura, organização e o acesso ofertados nos serviços de saúde de bucal, considerando os ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB.

	Autor/Data	Título do estudo	Proposição do estudo
1	PEZINI, RIZOTTO (2023)	Acesso à saúde bucal no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB.	Analisar a evolução da assistência odontológica nas regiões do Brasil, a partir dos dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
2	AMARAL JÚNIOR <i>et al.</i> (2020)	Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base No PMAQ	Analisar o perfil epidemiológico da assistência odontológica dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS) a partir dos dados gerados no 2ª ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
3	GONÇALVES <i>et.al.</i> (2020)	Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais	Analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde Bucal e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras. O estudo quantitativo, analítico e transversal utilizou dados secundários referentes aos Módulo I, V e VI da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2013-2014).
4	HIROOKA <i>et al.</i> (2017)	Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	Analisar a organização da saúde bucal de uma região do estado de São Paulo, buscando dar maior visibilidade a alguns aspectos como infraestrutura, processos e percepção dos seus usuários.
5	SOBRINHO <i>et al.</i> (2015)	Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco	Avaliar o acesso e a qualidade das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Pernambuco no ano de 2012.

4 METODOLOGIA

4.1 Características do estudo

Este é um estudo transversal com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários, produzidos pelo Ministério da Saúde, provenientes do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado em 2017/2018.

Esses dados contêm as respostas das Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas e foram obtidos com a utilização do Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você, que foi aplicado por pesquisadores/professores de diversas Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa do Brasil (BRASIL, 2013).

O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB foi disposto em seis módulos. Para este estudo, utilizou-se o Módulo III - (Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde), que visa verificar a percepção dos usuários, no que compete ao acesso e utilização dos serviços de saúde; o Módulo V- (Observação na unidade básica de Saúde), a fim de analisar variáveis relacionadas a condições de infraestrutura da unidade e o Módulo VI (Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação dos documentos na Unidade Básica de Saúde), para analisar variáveis relacionadas à organização dos serviços de saúde bucal e processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2017).

O questionário do Módulo III foi preconizado a entrevistar 4 (quatro) usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa de cada Unidade de Saúde, os quais não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista e que frequentaram a unidade no último ano. Já o questionário do Módulo VI, foi aplicado para o cirurgião-dentista, para o auxiliar de saúde bucal ou para o técnico de saúde bucal, no caso de ausência do cirurgião-dentista no momento da entrevista (BRASIL, 2013).

4.2 Definição das Variáveis

Inicialmente, foi escolhida a variável que representava o acesso ao serviço odontológico, variável resposta (dependente), contida no subitem de Saúde bucal - III.18 - "O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?" do **Módulo III** do instrumento de avaliação externa. Posteriormente, foram selecionadas as variáveis explicativas (independentes) que envolviam a estrutura

física das unidades e a organização de trabalho da ESB, contidas no Módulo V: a) características estruturais e ambiência; b) equipamentos; c) instrumentais odontológicos e d) insumos odontológicos e Módulo VI: e) planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe e f) organização da agenda, respectivamente, como demonstrado no quadro 02 (BRASIL, 2013).

Quadro 2 – Variáveis utilizadas para o estudo

Variável dependente (Resposta)	
Saúde Bucal	
III.18	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?
Variáveis independentes (Explicativas)	
Características estruturais e ambiência	
1.(V-5.4.1)	Todos os consultórios odontológicos dispõem de boa ventilação ou climatização?
2. (V-5.4.2)	Todos os consultórios odontológicos apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)?
3. (V-5.4.3)	Todos os consultórios odontológicos possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis
4. (V-5.4.4)	Todos os consultórios odontológicos possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor?
5. (V-5.4.5)	Todos os consultórios odontológicos permitem privacidade ao usuário?
6. (V - 5.5.1)	Sobre a rede hidráulica e sanitária, existe mofo próximo à(s) pia(s)?
7. (V- 5.5.2)	Sobre a rede hidráulica e sanitária, existe (m) torneira(s) sem sair água?
8. (V- 5.5.8)	Sobre a rede hidráulica e sanitária, presença de falta de água?
9. (V- 5.6.1)	Sobre a rede elétrica existem fios expostos, soltos ou desencapados?
10. (V- 5.6.2)	Sobre a rede elétrica existe tubulação de plástico por fora da parede?
Equipamentos em condições de uso	
11. (V-6.4)	Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?
12. (V-6.6)	Quantas canetas de alta rotação em condições de uso?
13. (V-6.7)	Quantas canetas de baixa rotação em condições de uso?
14. (V-6.8.1)	Quantos compressores de ar com válvula de segurança em condições de uso?
15. (V-6.9)	Quantas cuspideiras em condições de uso?
16. (V-6.10)	Quantos fotopolimerizadores em condições de uso?
17. (V-6.14)	Quantos mochos em condições de uso?
18. (V-6.15)	Quantos refletores em condições de uso?
Instrumentais odontológicos	
19. (V-8.13)	Sonda milimetrada sempre disponível?

20. (V-8.14)	Afastador cirúrgico sempre disponível
21. (V-8.20)	Fórceps infantil sempre disponível?
22. (V-8.21)	Lima óssea sempre disponível?
23. (V-8.24)	Sugador cirúrgico sempre disponível?
24. (V-8.25)	Tesoura cirúrgica sempre disponível?
Insumos	
25. (V-9.1)	Álcool (etanol) 70° em quantidade suficiente?
26. (V-9.4)	Anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?
27. (V-9.5)	Anestésico tópico em quantidade suficiente?
28. (V-9.7)	Brocas de baixa rotação em quantidade suficiente?
29. (V-9.9)	Cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?
30. (V-9.10)	Cimento de ionômero de vidro convencional ou modificado por resina em quantidade suficiente?
31. (V-9.11)	Cimento de óxido de zinco e eugenol em quantidade suficiente?
32. (V-9.17)	Flúor gel em quantidade suficiente?
33. (V-9.19)	Lâmina de bisturi em quantidade suficiente
34. (V-9.25)	Amálgama em cápsulas pré-dosadas em quantidade suficiente?
35. (V-9.32)	Matriz metálica em quantidade suficiente?
36. (V-9.33)	Microbrush em quantidade suficiente?
37. (V-9.36)	Resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?
38. (V-9.37)	Selantes em quantidade suficiente?
39. (V-9.49)	Material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?
40. (V-9.53)	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?
41. (V-9.55)	Luvas em quantidade suficiente?
Planejamento, Acompanhamento e Avaliação	
42. (VI-4.1)	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?
43. (VI-4.3)	A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?
44. (VI-4.4)	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos
45. (VI-4.5)	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?
Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe	
46. (VI-7.1)	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?
47. (VI-7.2.1)	Existe 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?
48. (VI-7.2.2)	Existe 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 pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?
49. (VI-7.3.1)	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante atendimento agendado/ programado
50. (VI-7.7)	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?
51. (VI-7.12)	Qual a principal forma de marcação de consulta?

52. (VI.10.3)	A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?
53. (VI.10.5)	A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?
54. (VI.10.6)	A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?

4.3 Análise dos dados

Inicialmente as três planilhas de dados (no formato Microsoft Excel) (Módulo III, Módulo V e Módulo VI), contendo os resultados da Paraíba referentes ao 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, foram transportadas para o programa SPSS, versão 20.0. Sendo assim, realizou-se a junção dos três módulos de interesse para este estudo em um único banco de dados.

Para realização da junção dos três bancos de dados referentes aos módulos de interesse para o presente estudo, os usuários entrevistados foram correlacionados às respostas dos profissionais das eSB e às suas respectivas UBS utilizando a Identificação Nacional de Equipe (INE) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Por constatar a presença de mais de um usuário que passou por atendimento com dentista por equipe, realizou-se a repetição dos dados referentes às respostas dos profissionais da eSB e das UBS.

Realizou-se uma análise descritiva inicial dos Módulos III, V e VI, a fim de aplicar os seguintes critérios de seleção: análise teórica das variáveis, com o objetivo de selecionar as variáveis que tinham conexão com o objetivo do presente estudo; a inclusão de variáveis que tinham até 10% de dados ausentes, assim como utilização dos usuários, profissionais e unidades de saúde com dados completos para as variáveis dependente e independentes escolhidas (retirou-se do banco de dados todos os “*missings*” – dados ausentes).

Com relação ao Módulo III, mediante análise exploratória verificou-se que 5.372 usuários das UBS foram entrevistados na Paraíba. Após os critérios de inclusão já mencionados, para o desfecho “não conseguir marcar atendimento com o dentista na unidade de saúde”, verificou-se o total de 3.015 usuários na Paraíba.

Quanto ao Módulo V, um total de 1.281 UBS participaram da avaliação externa e quanto ao Módulo VI 1.199 profissionais das eSB foram entrevistados na Paraíba, onde analisou-se quais eSB com profissionais respondentes tiveram usuários que passaram por atendimento com o dentista na unidade.

Ao término desse processo, verificou-se uma amostra de 3.015 usuários, profissionais e unidades que apresentavam dados completos.

Realizou-se uma segunda análise descritiva com a mostra final, com o objetivo de descrever as frequências das variáveis inclusas no presente estudo, considerando o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba. Os dados correspondentes aos portes populacionais dos municípios paraibanos foram obtidos mediante os dados demográficos contidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi considerada a população estimada para 2022, sendo os portes populacionais definidos a seguir.

- Municípios de Pequeno porte I: até 20.000 habitantes;
- Municípios de Pequeno porte II : de 20.001 até 50.000 habitantes;
- Municípios de Médio Porte: de 50.001 até 100.000 habitantes;
- Municípios de Grande Porte: de 100.001 até 900.000 habitantes (IBGE, 2022 – ANEXO B).

Mediante categorização dos municípios considerando o porte populacional, verificou-se que, dos 223 municípios da Paraíba, 192 são de pequeno porte I, 21 pequeno porte II, 6 médio porte e 4 grande porte.

Observou-se que 69 variáveis independentes não tiveram associação com o desfecho, após realização do teste qui-quadrado inicial (significância de 20%), sendo elas excluídas para entrada nos modelos de regressão logística inicial para cada conjunto de municípios, de acordo com o porte populacional.

O modelo de regressão logística é uma ferramenta estatística que permite calcular a probabilidade de um evento particular (variável dependente) ocorrer com base em um conjunto de variáveis independentes (Martins; Domingues, 2014).

Foram ajustados modelos de regressão logística binária com os dados da Paraíba e os quatro portes populacionais (pequeno porte I, pequeno porte II, médio porte e grande porte), onde foram utilizadas em todos os modelos as mesmas variáveis independentes e o mesmo desfecho, sendo o acesso como ($Y=0$) e não acesso ($Y=1$).

Por fim, realizou-se a verificação da validade dos modelos mediante o teste de Hosmer-Lemeshow. Este teste mede a correspondência dos valores efetivos e previstos da variável dependente. O melhor ajuste do modelo é indicado por diferença menor na classificação observada e prevista. Logo, um bom ajuste de modelo é indicado por um valor qui-quadrado não significante (Hosmer; Lemeshow, 2000). Para

realização dos modelos de regressão logística, assumiu-se nível de significância de 5%, mediante *odds ratio* (OR), a fim de verificar as características associadas às condições de estrutura das UBS e organização do processo de trabalho das eSB associadas ao acesso aos serviços ofertados em saúde bucal, com IC-95%.

4.4 Aspectos éticos

A avaliação externa do PMAQ foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (ANEXO A), Parecer Nº 21.904 em 01/03/2012, em consonância com as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados encontrados da análise descritiva, em frequências absolutas e percentuais, considerando os dados dos municípios paraibanos, segundo o porte populacional.

5.1 Análise Descritiva

As tabelas de 1 a 8 reúnem os resultados da análise descritiva das variáveis utilizadas para o presente estudo contidas no Módulo III, V e VI do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB - 3º ciclo, na Paraíba, segundo porte populacional dos municípios.

Verificou-se, a partir da tabela 1, que a maioria dos usuários responderam “Sim”, quando indagados se conseguem marcar atendimento com o dentista na unidade de saúde nos quatro grupos de municípios - pequeno porte I (n=1569; 98,1%), pequeno porte II (n=509; 97,5%), médio porte (n=234; 90,7%) e grande porte (n=574; 90,4%).

Tabela 1- Distribuição da frequência das respostas dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(III- 18.1) O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?								
	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1569	98,1	509	97,5	234	90,7	574	90,4
Não	31	1,9	13	2,5	24	9,3	61	9,6

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018)

Na tabela 2 percebe-se a descrição dos dados referente à observação das características estruturais e ambiência das UBS, contidos no Módulo V, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba. Constatou-se que, nas unidades de saúde contidas nos quatro grupos de municípios, os consultórios odontológicos dispõem de boa ventilação ou climatização; apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial) possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis; possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor e permitem privacidade ao usuário quanto a rede hidráulica e sanitária. Em quase a totalidade das UBS não existe mofo próximo à(s) pia(s); não existe (m) torneira(s) sem sair água e não existe presença de falta de água.

Tabela 2 – Distribuição da frequência quanto à observação das características estruturais e ambiência das UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(V- 5.4.1) Todos os consultórios odontológicos dispõem de boa ventilação ou climatização?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1556	97,3	501	96,0	246	95,3	614	96,7
Não	44	2,8	21	4,0	12	4,7	21	3,3

(V- 5.4.2) Todos os consultórios odontológicos apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1544	96,5	499	95,6	250	96,9	613	96,5
Não	56	3,5	23	4,4	8	3,1	22	3,5

(V- 5.4.3) Todos os consultórios odontológicos possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1117	69,8	404	77,4	204	79,1	512	80,6
Não	483	30,2	118	22,6	54	20,9	123	19,4

(V- 5.4.4) Todos os consultórios odontológicos possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1367	85,4	466	89,3	236	91,5	518	81,6
Não	233	14,6	56	10,7	22	8,5	117	18,4

(V- 5.4.5) Todos os consultórios odontológicos permitem privacidade ao usuário?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1563	97,7	503	96,4	251	97,3	597	94,0
Não	37	2,3	19	3,6	7	2,7	38	6,0

(V- 5.5.1) Sobre a rede hidráulica e sanitária, existe mofo próximo à(s) pia(s)?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	52	3,3	25	4,8	45	17,4	79	12,4
Não	1548	96,8	497	95,2	213	82,6	556	87,6

(V- 5.5.2) Sobre a rede hidráulica e sanitária, existe (m) torneira(s) sem sair água?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	29	1,8	8	1,5	7	2,7	24	3,8
Não	1571	98,2	514	98,5	251	97,3	611	96,2

(V- 5.5.8) Sobre a rede hidráulica e sanitária, existe presença de falta de água?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	57	3,6	8	1,5	15	5,8	13	2,0
Não	1543	96,4	514	98,5	243	94,2	622	98,0

(V- 5.6.1) Sobre a rede elétrica existem fios expostos, soltos ou desencapados?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	117	7,3	18	3,4	5	1,9	34	5,4
Não	1483	92,7	504	96,6	253	98,1	601	94,6

(V- 5.6.2) Sobre a rede elétrica existe tubulação de plástico por fora da parede?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	129	8,1	71	13,6	22	8,5	80	12,6
Não	1471	91,9	451	86,4	236	91,5	555	87,4

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

A Tabela 3 apresenta a análise descritiva referente às variáveis quanto à observação dos equipamentos odontológicos em condições de uso na UBS, segundo porte populacional dos municípios.

Verificou-se que na maioria das UBS da Paraíba, existem apenas 1 cadeira odontológica em condições de uso os municípios de pequeno porte I - (n=1523; 95,2%), pequeno porte II (n=503; 96,4%) e médio porte (n=238; 92,2%); destaca-se que para os municípios de grande porte, um percentual considerável de unidades possuem 2 ou mais cadeiras odontológicas (n=273; 43,0%); a maioria possui 1 caneta de alta rotação em condições de uso - pequeno porte I - (n=1218; 76,1%), pequeno porte II (n=408; 78,1%) e médio porte (n=172; 66,7%); destaca-se que para os municípios de grande porte, um percentual considerável de unidades possuem 2 ou mais canetas (n=302; 47,5%); a maioria possui 1 caneta de baixa rotação em condições de uso; a exceção de municípios de grande porte, que possuem um percentual considerável de unidades possuem 2 ou mais canetas. Na maioria das unidades possui 1 compressor de ar com válvula de segurança em condições de uso nos 4 grupos de municípios, todavia vale mencionar que um percentual considerável das unidades dos municípios de médio porte apresentaram nenhum compressor em condições de uso (n= 61; 23,6%). Destaca-se que para os municípios de grande porte,

um percentual considerável de unidades possui 2 ou mais cuspideiras em condições de uso (n=264; 41,6%); 2 ou mais fotopolimerizadores em condições de uso (n=267; 42,0%). Nas unidades presentes em municípios de grande porte, a maioria delas possuem 2 ou mais mochos em condições de uso (n=320; 50,5%).

Tabela 3 – Distribuição da frequência quanto à observação dos equipamentos odontológicos em condições de uso na UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(V.6.4) - Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	6	0,4	1	0,2	0	0	3	0,5
1	1523	95,2	503	96,4	238	92,2	359	56,5
2 ou mais	71	4,4	18	3,4	20	7,8	273	43,0

(V.6.6) - Quantas canetas de alta rotação em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	22	3,5
1	1218	76,1	408	78,1	172	66,7	311	49,0
2 ou mais	382	23,9	111	21,3	86	33,3	302	47,5

(V.6.7) - Quantas canetas de baixa rotação em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	33	2,1	11	2,1	9	3,5	37	5,8
1	1341	83,8	449	86,0	205	79,5	338	53,3
2 ou mais	226	14,1	62	11,9	44	17,0	260	40,9

(V- 6.8.1) - Quantos compressores de ar com válvula de segurança em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	272	17,0	107	20,5	61	23,6	128	20,2
1	1309	81,8	409	78,4	182	70,5	467	73,5
2 ou mais	19	1,2	6	1,2	15	5,9	11	1,7

(V- 6.9) - Quantas cuspideiras em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	50	3,1	13	2,5	10	3,9	12	1,9
1	1480	92,5	491	94,1	228	88,4	359	56,5
2 ou mais	70	4,4	18	3,4	20	7,8	264	41,6

(V.6.10) - Quantos fotopolimerizadores em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	16	1,0	1	0,2	8	3,1	14	2,3
1	1422	88,9	459	87,9	218	84,5	354	55,7
2 ou mais	162	10,1	62	11,9	32	12,4	267	42,0

(V.6.14) - Quantos mochos em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	12	0,8	7	1,3	0	0,0	13	2,0
1	1396	87,3	444	85,1	219	84,9	302	47,5
2 ou mais	196	12,1	71	13,6	13	15,1	320	50,5

(V.6.15) - Quantos refletores em condições de uso?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	15	0,9	1	0,2	0	0,0	7	1,1
1	1520	95,0	503	96,4	235	91,1	358	56,4
2 ou mais	65	4,1	18	3,4	23	9,0	270	42,5

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018)

A tabela 4 dispõe a distribuição da frequência quanto à observação dos instrumentais odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios. É possível mencionar que a maioria das unidades dos municípios da Paraíba, nos 4 portes populacionais, possuem sonda milimetrada sempre disponível. Porém, vale citar que um percentual relevante dessas unidades presentes em municípios de grande porte não possui sonda milimetrada (n=249; 39,2%).

Constatou-se que a maioria das unidades dos municípios de médio porte (n=148; 57,4%) e grande porte (n =431; 67,9%) não possuem afastadores cirúrgicos. Quanto a presença de fórceps infantil, a maioria delas dispõe desse instrumental; a maioria das unidades possuem de lima para osso nos municípios de pequeno porte I, todavia, ressalta-se que em 26% e 24,6% nas unidades dos municípios de médio e grande porte, respectivamente, não existem nenhuma lima para osso disponível.

Com relação a disponibilidade de sugador cirúrgico, a maioria das unidades presentes em municípios de médio (n= 133; 51,6%) e grande porte (n=460; 72,4%) não possuem nenhum.

Tabela 4 – Distribuição da frequência quanto à observação dos instrumentais odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(V.8.13) – Existe sonda milimetrada sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1147	71,7	426	81,6	183	70,9	386	60,8
Não	453	28,3	96	18,4	75	29,1	249	39,2

(V.8.14) – Existe afastador cirúrgico sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1034	64,6	370	70,9	110	42,6	204	32,1
Não	566	35,4	152	29,1	148	57,4	431	67,9

(V.8.20) – Existe fórceps infantil sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1505	94,1	507	97,1	254	98,4	609	95,9
Não	95	5,9	15	2,9	4	1,6	26	4,1

(V.8.21) – Existe lima óssea sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1332	83,3	444	85,1	191	74,0	479	75,4
Não	268	16,8	78	14,9	67	26,0	156	24,6

(V.8.24) – Existe sugador cirúrgico sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	965	60,3	349	66,9	125	48,4	175	27,6
Não	635	39,7	173	33,1	133	51,6	460	72,4

(V.8.25) - Existe tesoura cirúrgica sempre disponível?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1587	99,2	510	97,7	255	98,8	602	94,8
Não	13	0,8	12	2,3	3	1,2	33	5,2

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

Analisando a distribuição da frequência quanto à observação dos insumos odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios, como apontado na tabela 5, verificou-se que existe em quantidade suficiente na maioria das unidades:

álcool (etanol) 70º; de anestésico tópico; de brocas de baixa rotação; hidróxido de cálcio; ionômero de vidro convencional; cimento de óxido de zinco e eugenol; flúor gel; lâmina de bisturi; amálgama em cápsulas pré-dosadas; matriz metálica; microbrush - ;resinas fotopolimerizáveis; material de limpeza de instrumental e brocas. Destaca-se para a presença de luvas em quantidade suficiente na totalidade das UBS em todos os portes populacionais. Verificou-se que não existe quantidade suficiente nas unidades quanto aos recipientes para descarte de lâmina de chumbo, nos quatro grupos de municípios - pequeno porte I - (n=1044; 65,2%), pequeno porte II (n=415; 79,5%), médio porte (n=212; 82,2%) e grande porte (n=473; 74,5%).

Tabela 5 – Distribuição da frequência quanto à observação dos insumos odontológicos na UBS, segundo porte populacional dos municípios Paraíba.

(V.9.1) -Existe álcool (etanol) 70º em quantidade suficiente?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1591	99,4	513	98,3	248	96,1	624	98,3
Não	9	0,6	9	1,7	10	3,9	11	1,7

(V.9.4) - Existe anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1291	80,7	471	90,2	199	77,1	505	79,5
Não	309	19,3	51	9,8	59	22,9	130	20,5

(V.9.5) - Existe anestésico tópico em quantidade suficiente?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1528	95,5	509	97,5	250	96,9	623	98,1
Não	72	4,5	13	2,5	8	3,1	12	1,9

(V.9.7) – Existe brocas de baixa rotação em quantidade suficiente?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1261	78,8	465	89,1	216	83,7	540	85,0
Não	339	21,2	57	10,9	42	16,3	95	15,0

(V.9.9) – Existe cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?

Porte Populacional

	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1564	97,8	513	98,3	242	93,8	600	94,5
Não	36	2,2	9	1,7	16	6,2	35	5,5

(V.9.10) – Existe cimento de ionômero de vidro convencional ou modificado por resina em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1558	97,4	503	96,4	242	93,8	566	89,1
Não	42	2,6	19	3,6	16	6,2	69	10,9

(V.9.11) - Existe cimento de óxido de zinco e eugenol em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1423	88,9	516	98,9	248	96,1	544	85,7
Não	177	11,1	6	1,1	10	3,9	91	14,3

(V.9.17) - Existe flúor gel em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1559	97,4	521	99,8	253	98,1	627	98,7
Não	41	2,6	1	0,2	5	1,9	8	1,3

(V.9.19) - Existe lâmina de bisturi em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1542	96,4	502	96,2	239	92,6	610	96,1
Não	58	3,6	20	3,8	19	7,4	25	3,9

(V.9.25) – Existe amálgama em cápsulas pré-dosadas em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1545	96,6	517	99,0	251	97,3	626	98,6
Não	55	3,4	5	1,0	7	2,7	9	1,4

(V.9.32) - Existe matriz metálica em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1555	97,2	507	97,1	249	96,5	626	98,6
Não	45	2,8	15	2,9	9	3,5	9	1,4

(V.9.33) - Existe microbrush em quantidade suficiente?

Porte Populacional				
	Pequeno Porte I	Pequeno Porte II	Médio Porte	Grande Porte

	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1582	98,9	515	98,7	257	99,6	600	94,5
Não	18	1,1	7	1,3	1	0,4	35	5,5

(V.9.36) - Existem resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1586	99,1	514	98,5	257	99,6	618	97,3
Não	14	0,9	8	1,5	1	0,4	17	2,7

(V.9.37) – Existem selantes em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1019	63,7	443	84,9	211	81,8	348	54,8
Não	581	36,3	79	15,1	47	18,2	287	45,2

(V.9.49) – Existe material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1445	90,3	502	96,2	250	96,9	578	91,0
Não	155	9,7	20	3,8	8	3,1	57	9,0

(V.9.53) – Existe recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	556	34,8	107	20,5	46	17,8	162	25,5
Não	1044	65,2	415	79,5	212	82,2	473	74,5

(V.9.55) - Existem Luvas em quantidade suficiente?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1598	99,9	522	100,0	258	100,0	635	100,0
Não	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

A Tabela 6 demonstra a distribuição da frequência das respostas dos cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações pela equipe de saúde bucal, contidas no Módulo VI, segundo porte populacional dos municípios paraibanos.

Observou-se que a maioria das equipes de saúde bucal da Paraíba: realizam alguma atividade para o planejamento de suas ações, de forma semelhante em todos

os portes populacionais - pequeno porte I - (n=1556; 97,3%), pequeno porte II (n=501; 96,0%), médio porte (n=246; 95,3%) e grande porte (n=614; 96,7%); realizaram algum processo de autoavaliação no último ano e que realizam discussão de casos e de projetos terapêuticos, nos 4 grupos de municípios – com maior percentual encontrado para as equipes localizadas em municípios de pequeno porte II (n=453; 86,8%).

Além disso, os dados apontam que a maioria das equipes investigam o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território, com menor percentual encontrado para os municípios de grande porte (n=450; 70,9%).

Tabela 6 – Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações pela equipe de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(VI.4.1) - A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?

Porte Populacional								
Pequeno Porte I			Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1556	97,3	501	96,0	246	95,3	614	96,7
Não	44	2,8	21	4,0	12	4,7	21	3,3

(VI.4.3) - A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?

Porte Populacional								
Pequeno Porte I			Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1214	75,9	463	88,7	190	73,6	450	70,9
Não	386	24,1	59	11,3	68	26,4	185	29,1

(VI.4.4) - A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?

Porte Populacional								
Pequeno Porte I			Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1278	79,9	453	86,8	195	75,6	513	80,8
Não	322	20,1	69	13,2	63	24,4	122	19,2

(VI.4.5) - No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?

Porte Populacional								
Pequeno Porte I			Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1569	98,1	521	99,8	258	100,0	572	90,1
Não	31	1,9	1	0,2	0	0,0	63	9,9

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

Os resultados exibidos na Tabela 7 demonstram a distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto a organização da agenda e oferta de ações da equipe de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

Verificou-se que a maioria das equipes de saúde bucal: realizam ações articuladas com outros equipamentos sociais do território, em todos os grupos de municípios - pequeno porte I - (n=1525; 95,3%), pequeno porte II (n=503; 96,4%), médio porte (n=233; 90,3%) e grande porte (n=585; 92,1%); reservam vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames - pequeno porte I - (n=1582; 98,9%), pequeno porte II (n=516; 98,9%), médio porte (n=254; 98,4%) e grande porte (n=616; 97,0%); reservam vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação - pequeno porte I - (n=1578; 98,6%), pequeno porte II (n=522; 100,0%), médio porte (n=252; 97,7%) e grande porte (n=624; 98,3%); garante atendimento clínico agendado/ programado - pequeno porte I - (n=1567; 97,9%), pequeno porte II (n=520; 99,6%), médio porte (n=249; 96,5%) e grande porte (n=575; 90,6%); realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de AB, com menor percentual encontrado para os municípios de médio porte (n=200; 77,5%) e agendam a próxima consulta odontológica no final do atendimento - pequeno porte I - (n=1220; 76,3%), pequeno porte II (n=394; 75,5%), médio porte (n=158; 61,2%) e grande porte (n=446; 70,2%).

Tabela 7 – Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto organização da agenda e oferta de ações da equipe de saúde bucal, segundo porte populacional dos municípios.

(VI.7.1) - A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?

	Porte Populacional							
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1525	95,3	503	96,4	233	90,3	585	92,1
Não	75	4,7	19	3,6	25	9,7	50	7,9

(VI.7.2.1) - Existe 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?

Porte Populacional				
Pequeno Porte I	Pequeno Porte II	Médio Porte	Grande Porte	

	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1582	98,9	516	98,9	254	98,4	616	97,0
Não	18	1,1	6	1,1	4	1,6	19	3,0

(VI.7.2.2) - Existe 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 pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1578	98,6	522	100,0	252	97,7	624	98,3
Não	22	1,4	0	0,0	6	2,3	10	1,6

(VI.7.3.1) - O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante atendimento agendado/programado?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1567	97,9	520	99,6	249	96,5	575	90,6
Não	33	2,1	2	0,4	9	3,5	60	9,4

(VI.7.7) Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1410	88,1	447	85,6	200	77,5	546	86,0
Não	190	11,9	75	14,4	58	22,5	89	14,0

(VI.7.12) - Qual a principal forma de marcação de consulta para continuidade do tratamento odontológico?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	1220	76,3	394	75,5	158	61,2	446	70,2
A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário	65	4,1	14	2,7	0	0,0	6	0,9
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	89	5,6	64	12,3	24	9,3	66	10,4

É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)	145	9,1	43	8,2	57	22,1	85	13,4
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento	36	2,3	7	1,3	8	3,1	25	3,9
Outro(a)								
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento	45	2,8	0	0,0	11	4,3	7	1,1

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

A tabela 8 aponta para a distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto à relação da ESB com outros pontos da rede de Atenção de Saúde, contidas no Módulo VI, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

Podemos observar que a maioria das equipes de saúde bucal em todos os grupos de municípios: utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde - pequeno porte I - (n=1481; 92,6%), pequeno porte II (n=514; 98,5%), médio porte (n=249; 96,5%) e grande porte (n=602; 94,8%); obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento, com menor percentual encontrado para os municípios de médio porte (n=173; 67,1%) e, por fim, a maioria das equipes possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção - pequeno porte I - (n=1428; 89,3%), pequeno porte II (n=510; 97,7%), médio porte (n=231; 89,5%) e grande porte (n=587; 92,4%).

Tabela 8 – Distribuição da frequência das respostas cirurgiões-dentistas ou auxiliares/ técnico em saúde bucal quanto à relação da ESB com outros pontos da rede de Atenção de Saúde, segundo porte populacional dos municípios da Paraíba.

(VI.10.3) - A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1481	92,6	514	98,5	249	96,5	602	94,8
Não	119	7,4	8	1,5	9	3,5	33	5,2

(VI.10.5) - A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1142	71,4	488	93,5	173	67,1	487	76,7
Não	458	28,6	34	6,5	85	32,9	148	23,3

(VI.10.6) - A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?

Porte Populacional								
	Pequeno Porte I		Pequeno Porte II		Médio Porte		Grande Porte	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1428	89,3	510	97,7	231	89,5	587	92,4
Não	172	10,8	12	2,3	27	10,5	48	7,6

Fonte: PMAQ-AB 3º Ciclo de Avaliação Externa (2017/2018).

5.2 Análise Inferencial

A seguir serão apresentados os resultados referentes aos ajustes dos modelos de regressão logística binário, segundo o porte populacional dos municípios do estado da Paraíba. O modelo de regressão logística ajustado apresenta p-valores, Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança para OR. A fim de verificar o ajuste do modelo, usou-se o teste de Hosmer e Lemeshow. Foram incluídos 3.015 usuários/profissionais/UBS para a Paraíba, sendo eles distribuídos segundo o porte populacional dos municípios.

5.2.1 Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte I

Na Tabela 9 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de pequeno porte I populacional, contendo uma variável do Módulo V - "(V - 9.4) Existe anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?" e uma módulo VI "(VI - 7.3.1) O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante atendimento

agendado/ programado?” do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho “O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?” Constatou-se, para o modelo de regressão referente aos municípios de pequeno porte I, que o valor do teste de Hosmer e Lemeshow foi 0,986 ($p>0,05$), portanto, o modelo pode ser aceito estatisticamente.

Tabela 9 – Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de pequeno porte I do estado da Paraíba.

Pequeno Porte I				
Variáveis associadas ao acesso em saúde bucal	β	P - valor	OR	IC 95%
(V-9.4) - Existe anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	1,05	0,006	2,86	1,36 – 6,03
(VI – 7.3.1) - O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante atendimento agendado/ programado?				
Sim			1	
Não	1,45	0,027	4,26	1,17 – 15,49

*nível de significância 5%

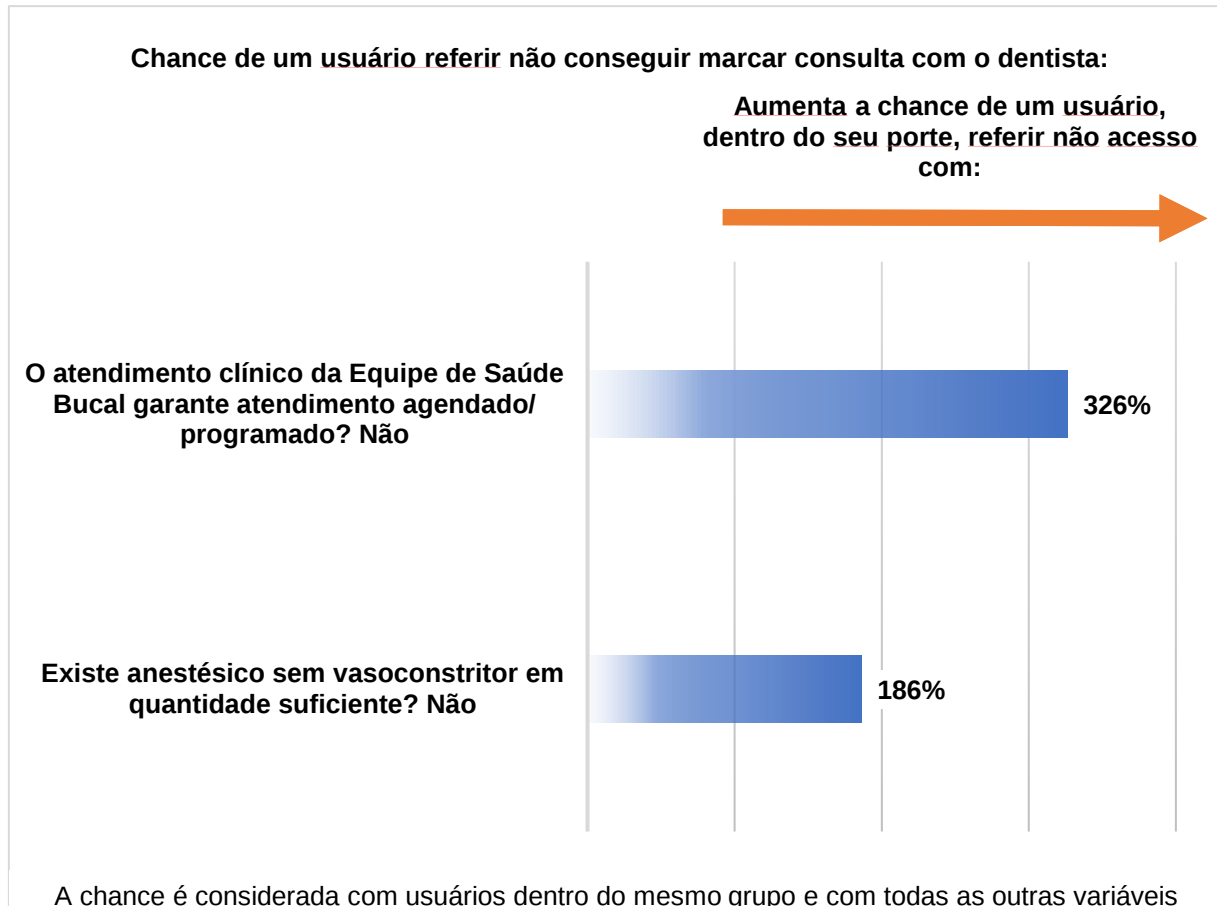
Modelo ajustado pelo método Forward Stepwise (Wald);

Teste de qualidade de ajuste **Hosmer and Lemeshow (p-Valor=0,986)**;

O modelo tem como variável de ajuste a **variável 6.4** (Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?).

O Gráfico 1 evidencia a interpretação da OR referente às variáveis incluídas no modelo de regressão logística para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte I do estado da Paraíba.

Gráfico 1 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte I do estado da Paraíba.



5.2.2 Modelo de regressão logística para os municípios de pequeno porte II

Na Tabela 10 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de pequeno porte II populacional, contendo uma variável do Módulo V – “(V – 5.6.1) Sobre a rede elétrica, há presença de fios expostos, soltos ou desencapados?” do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho “O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?”. Verificou-se, para o modelo de regressão referente aos municípios de pequeno porte II, que o valor do teste de Hosmer e Lemeshow foi 0,783 ($p > 0,05$), portanto, o modelo pode ser aceito estatisticamente.

Tabela 10 – Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de pequeno porte II do estado da Paraíba.

Pequeno Porte II				
Variáveis associadas ao acesso em saúde bucal	β	P - valor	OR	IC 95%
(V – 5.6.1) Sobre a rede elétrica, há presença de fios expostos, soltos ou desencapados?				
Sim			1	
Não	-2,22	0,009	0,11	0,02 – 0,57

*nível de significância 5%

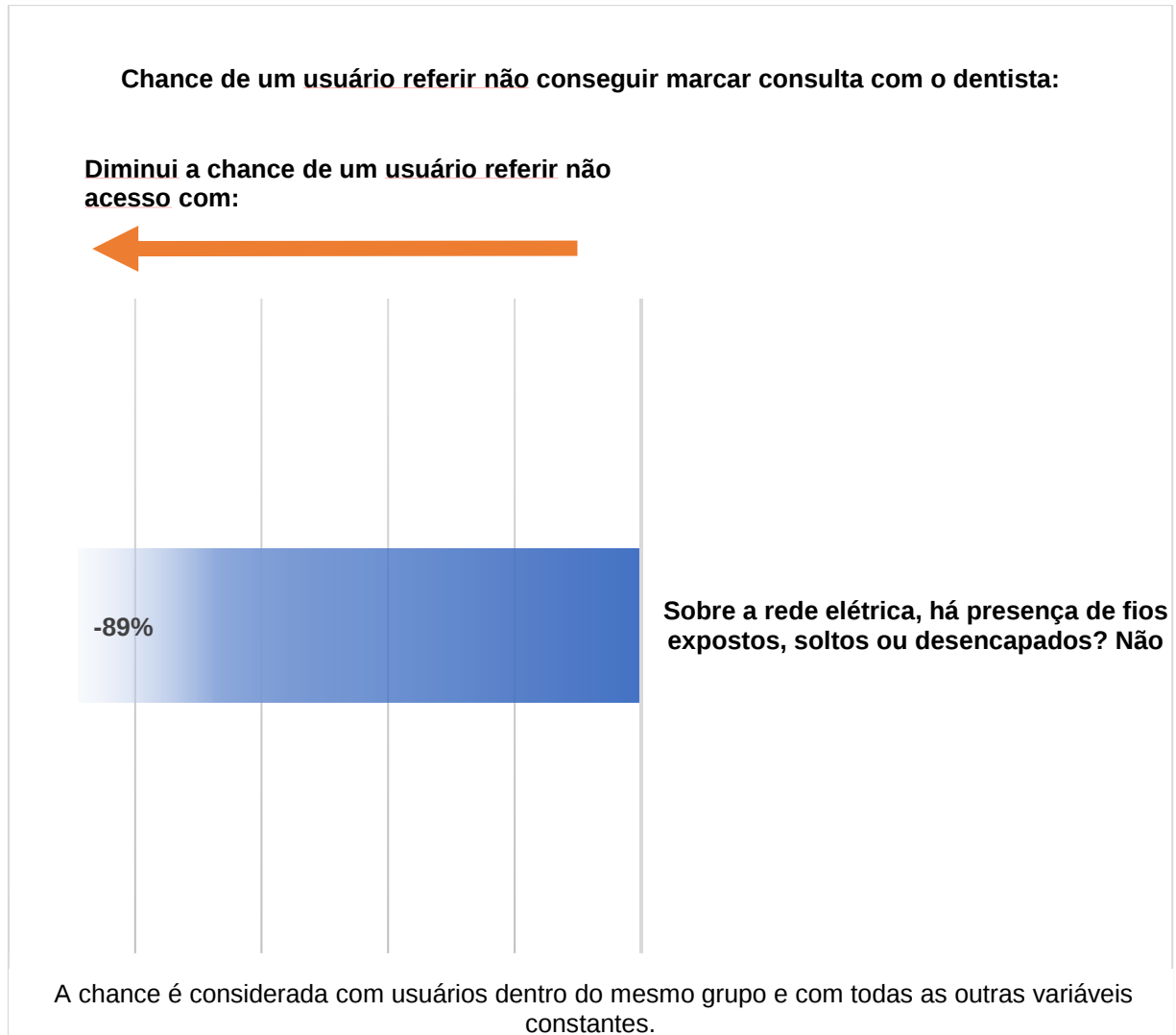
Modelo ajustado pelo método Forward Stepwise (Wald);

Teste de qualidade de ajuste **Hosmer and Lemeshow (p-Valor=0,783)**

O modelo tem como variável de ajuste a variável **V.8.13** (Existe sonda milimetrada sempre disponível?)

O Gráfico 2 evidencia a interpretação da OR referente às variáveis incluídas no modelo de regressão logística para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte II do estado da Paraíba.

Gráfico 2 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de pequeno porte II do estado da Paraíba.



5.2.3 Modelo de regressão logística para os municípios de médio porte

Na Tabela 11 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de médio porte populacional, contendo três variáveis do Módulo V – “(V – 5.6.2) Sobre a rede elétrica, há presença de fios expostos, soltos ou desencapados?”; “(V – 9.9) Existe Cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?” e “(V – 9.49) Existe material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?” do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho “O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?”.

O teste de Hosmer e Lemeshow, utilizado para verificação da qualidade do modelo, apresentou valor igual a 0,589 ($p > 0,05$), sendo o modelo aceito estatisticamente.

Tabela 11 – Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de médio porte do estado da Paraíba.

Médio Porte				
Variáveis associadas ao acesso em saúde bucal	β	P - valor	OR	IC 95%
(V – 9.9) Existe cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	1,98	0,002	7,28	2,03 – 26,05
(V – 9.49) Existe material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	3,44	<0,0001	31,29	5,36 – 182,53

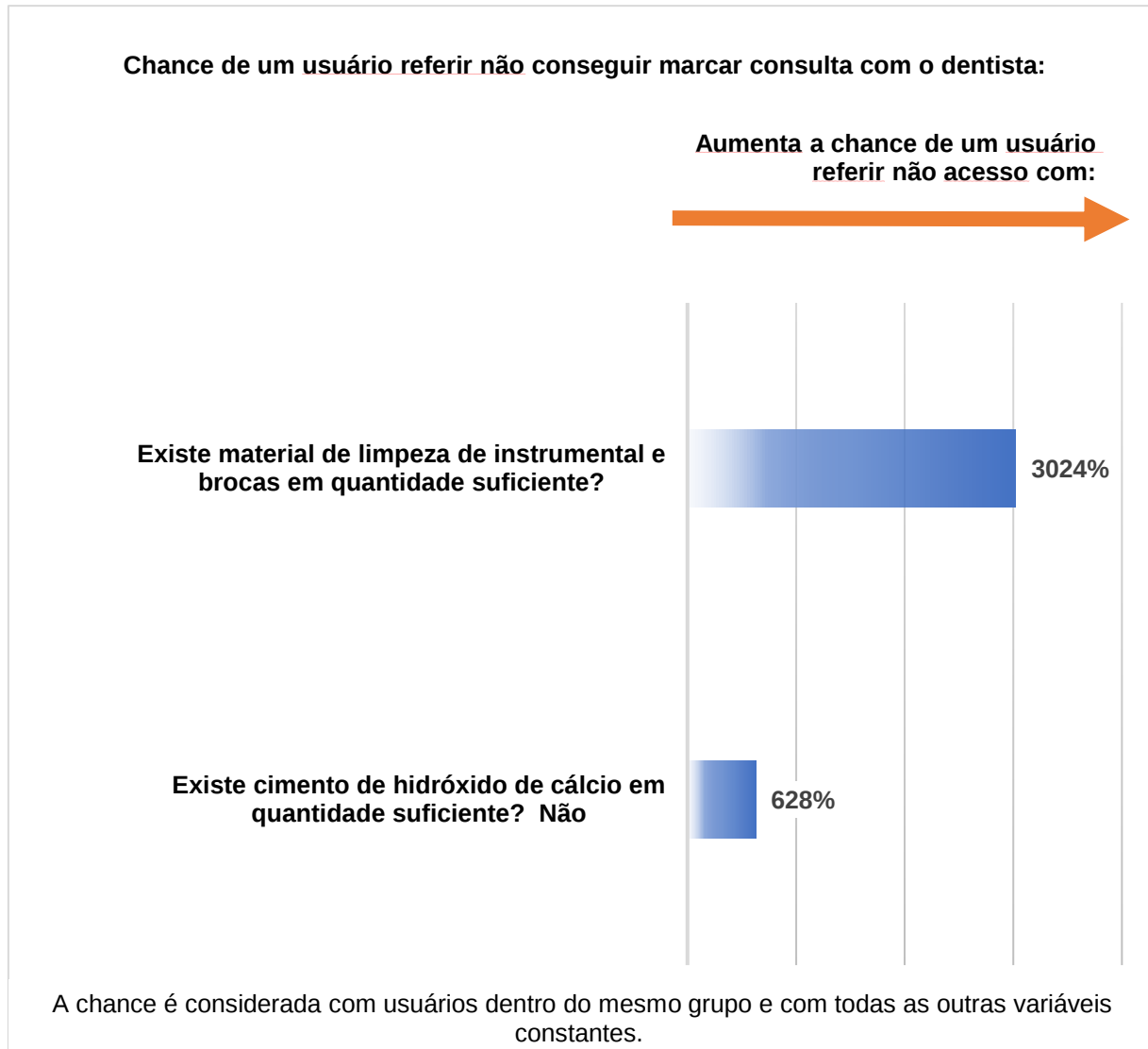
*nível de significância 5%

Modelo ajustado pelo método Forward Stepwise (Wald);

Teste de qualidade de ajuste **Hosmer and Lemeshow (p-Valor=0,589)**

O Gráfico 3 demonstra a interpretação da OR quanto às variáveis incluídas no modelo de regressão logística para os usuários, eSB e UBS dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.

Gráfico 3 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de médio porte do estado da Paraíba.



5.2.4 Modelo de regressão logística para os municípios de grande porte

Na Tabela 12 é apresentado o modelo logístico ajustado para municípios de grande porte populacional, contendo três variáveis do Módulo V “ (V – 9.5) Existe Anestésico tópico em quantidade suficiente?”; “(V – 9.32) Existe Matriz metálica em quantidade suficiente?” e (V – 9.36) Existem resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?” e três variáveis do Módulo VI “ (VI – 7.1) A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?”; “ (VI – 7.2.1) Existe 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?” e VI – 7.7) Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento

conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?” do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB associadas ao desfecho.

Quanto à verificação da qualidade do modelo, o valor do teste de Hosmer e Lemeshow foi 0,445 ($p>0,05$). Portanto, o modelo pode ser aceito estatisticamente.

Tabela 12 – Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados dos usuários, UBS e profissionais de eSB de municípios de grande porte do estado da Paraíba.

Grande Porte				
Variáveis associadas ao acesso em saúde bucal	β	P - valor	OR	IC 95%
(V – 9.5) Existe Anestésico tópico em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	2,10	0,01	8,18	1,56 – 30,72
(V – 9.32) Existe Matriz metálica em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	2,93	<0,0001	18,76	4,03 – 87,33
(V – 9.36) Existem resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?				
Sim			1	
Não	1,47	0,01	4,37	1,28 – 14,86
(VI – 7.2.1) Existe 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?				
Sim			1	
Não	2,249	<0,0001	9,47	2,92 – 30,72
(VI – 7.7) Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?				
Sim			1	
Não	1,29	<0,0001	3,65	1,91 – 6,98

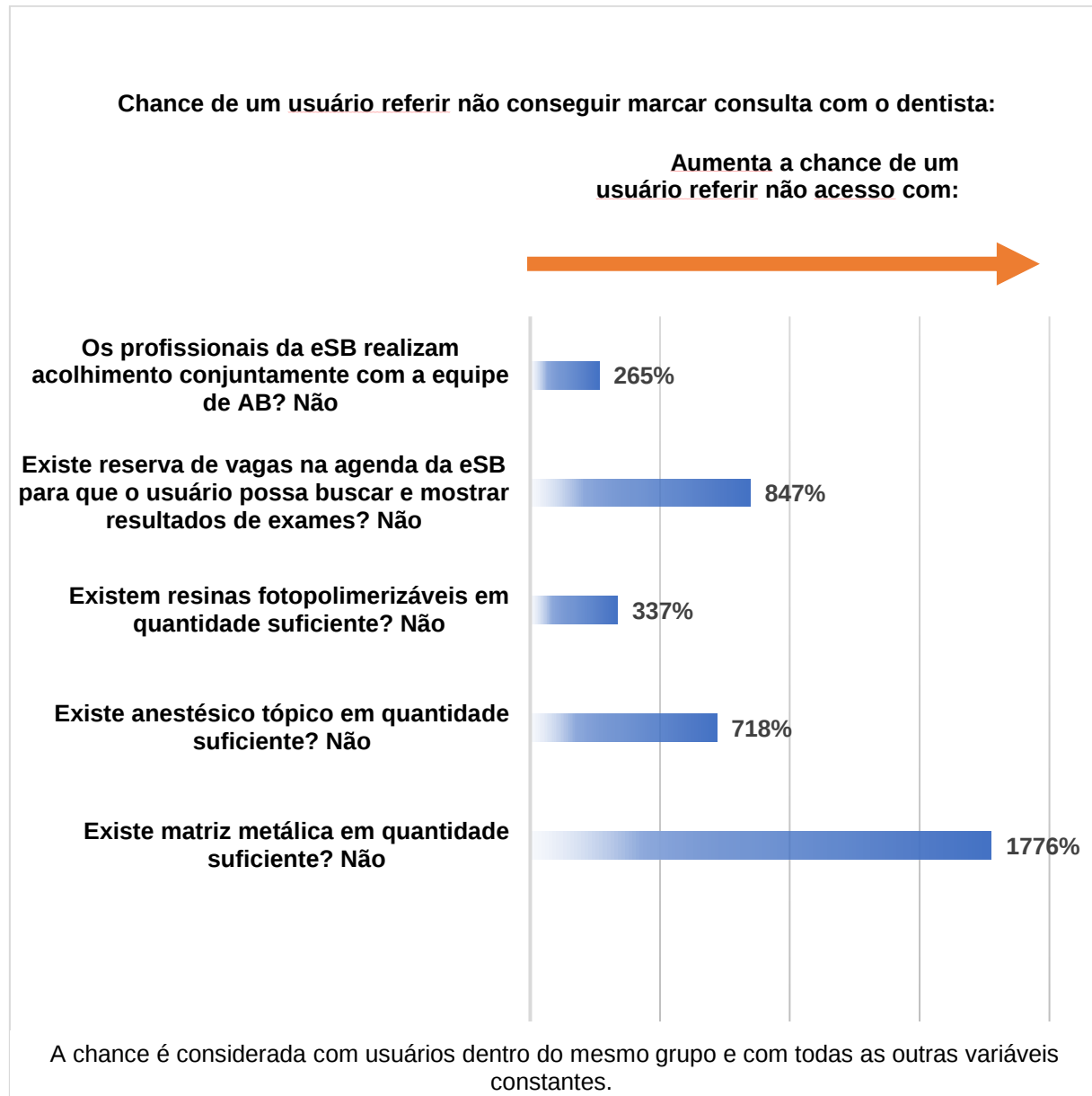
nível de significância 5%

Modelo ajustado pelo método Forward Stepwise (Wald);

Teste de qualidade de ajuste **Hosmer and Lemeshow (p-Valor=0,445)**

O Gráfico 4 demonstra a interpretação da OR quanto às variáveis incluídas no modelo de regressão logística para os usuários, eSB e UBS dos municípios de grande porte do estado da Paraíba.

Gráfico 4 - Interpretação em percentual do OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários, eSB e UBS dos municípios de grande porte do estado da Paraíba



6 DISCUSSÃO

O presente tópico corresponde à discussão dos resultados encontrados nesse estudo, que considera o contexto da avaliação dos serviços de saúde desenvolvida em cenário nacional, segundo os dados obtidos mediante o programa PMAQ-AB em seu 3º ciclo de avaliação externa. Este estudo se propôs a verificar se existe associação entre a estrutura das UBS e organização da equipe de saúde bucal no processo de trabalho e o acesso aos serviços odontológicos ofertados na Atenção Básica da Paraíba, adotando uma abordagem que considera o por porte populacional dos municípios. Para tanto, serão interpretados os resultados obtidos mediante os modelos de regressão logística, sendo eles confrontados por outros estudos presentes na literatura.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, desfecho do presente estudo, o termo possui um significado complexo e excede o conceito de uso dos serviços de saúde, de forma isolada. Sendo assim, o acesso contempla a compreensão das necessidades em saúde da população, posterior transformação das mesmas em demandas e, só assim, culminar na efetivação da utilização dos serviços pelos usuários (Viana; Maetelli; Pimentel, 2012).

No que compete ao acesso aos serviços de saúde bucal, a literatura aponta as desigualdades de acesso como um grande desafio enfrentado pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), principalmente quando se considera as disparidades regionais (Cavalcanti; Gaspar; Goes, 2012).

Os resultados obtidos nesse estudo, mediante análise descritiva, evidenciaram que, no contexto dos quatro grupos de municípios segundo porte populacional da Paraíba, quase a totalidade dos usuários relataram conseguir marcar atendimento com o dentista na UBS. Corroborando com esses achados, Stopa et al. (2017), em um estudo que analisou o uso de serviços de saúde na população brasileira segundo fatores sociodemográficos com dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano 2013, constataram que o acesso na primeira procura foi praticamente universal, com disparidades encontradas por grupos de idade, nível de instrução e regiões do país.

Considerando resultados que contemplam uma análise em âmbito nacional no contexto da saúde bucal, os dados do relatório do levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil em 2010 apontaram que o percentual de crianças de 12 anos

“livres de cárie” foi de 31% em 2003 para 44% em 2010. Tais dados evidenciam redução na prevalência de cárie em crianças dessa faixa etária e isso se correlaciona com a ampliação do acesso à atenção odontológica. Porém, vale ressaltar que o relatório também aponta para as disparidades regionais em um cenário de heterogeneidade da atenção no país, evidenciando ainda a carência quanto a efetivação de políticas específicas para a equidade na atenção (Roncalli, 2011).

O cenário de ampliação do acesso aos serviços odontológicos, como evidenciado nos resultados do presente estudo com dados da Paraíba, faz parte de um contexto de incremento de melhorias nas ações e na alocação de recursos financeiros no âmbito da saúde bucal. Ademais, a compreensão do contexto sociocultural, da demanda da população e suas principais iniquidades em saúde bucal, à luz dos determinantes sociais, corroborou para esses avanços (Moretti, 2010).

Face ao exposto, o presente estudo demonstra que conseguir marcar consulta com o cirurgião dentista na UBS está associado a fatores relacionados à estrutura das UBS e a organização da eSB quanto ao seu processo de trabalho. Apesar da ampla cobertura populacional pela implementação da ESF e de outras iniciativas e programas no contexto da avaliação dos serviços de saúde, a descentralização na gestão, assim como as grandes disparidades loco-regionais, culturais, geográficas e socioeconômicas, resultam numa variação da qualidade da atenção ofertada. Dessa forma, tais diferenças refletem na forma de organização e gestão dos serviços e, em consequência, no acesso e assistência em saúde bucal (Pezzini, Rizoto, 2023).

Para melhor exploração dos resultados, esta discussão será dividida em tópicos, de acordo com as dimensões: Estrutura das UBS: Infraestrutura, equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos e Organização do Processo de trabalho da eSB.

6.1 Estrutura das UBS: Infraestrutura, equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos

Quanto à estrutura, constatou-se mediante o modelo de regressão logístico apresentado para as UBS, profissionais e usuários de municípios de pequeno porte I que, o fato de existir anestésico sem vasoconstritor está associado ao acesso do usuário aos serviços de saúde bucal. Observou-se que quando não existe anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente na unidade aumenta a chance em 186% de não acesso aos serviços de saúde bucal para esse grupo de municípios.

Os dados desse estudo também demonstraram que as unidades de saúde de municípios de pequeno porte I encontram-se com condições satisfatórias (percentuais superiores a 90%) quanto à infraestrutura (tabela 2) e presença de equipamentos, insumos e instrumentais odontológicos em condições adequadas e em quantidade suficiente (tabelas 3,4 e 5).

De forma dessemelhante, um estudo de Limão et al. (2016) que analisou a relação entre equipamentos/insumos odontológicos e as unidades da APS utilizando dados do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB na Paraíba, verificou um número reduzido de unidades com a presença de todos os equipamentos e materiais listados.

O cenário positivo encontrado mediante os resultados obtidos com o 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB demonstra a efetivação do objetivo do programa de induzir o processo de melhorias incrementais na qualidade dos serviços ofertados no componente da AB.

Neste contexto, ao analisarem a acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos ofertados na AB no Brasil, Gonçalves et al. (2020) constataram que o PMAQ-AB induziu a adequação satisfatória quanto aos equipamentos, insumos e instrumentos odontológicos nos consultórios odontológicos das UBS.

O PMAQ-AB contribuiu para o fortalecimento da AB e corroborou para melhorias quanto as práticas de cuidado e quanto ao fomento aos padrões de qualidade dos serviços ofertados nas UBS, o que impactou na efetivação de melhorias na qualidade e no acesso aos serviços de saúde bucal dos brasileiros. Feitosa et al. (2016) também evidenciaram melhorias advindas do PMAQ-AB mencionadas pelos profissionais da AB e gestores, apontando a concretização de melhorias quanto aos materiais, infraestrutura das UBS e organização do processo de trabalho, o que compeliu na ampliação do acesso e atendimento às necessidades dos usuários.

Todavia, apesar dos avanços na AB considerando o fomento do programa, devem ser analisados quais práticas ainda permeiam a atenção odontológica ofertada, considerando a conjuntura de disparidades regionais e loco-regionais.

Nesta perspectiva, a presença de anestésico sem vasoconstritor na unidade estar associado ao acesso aos serviços de saúde, pode atrelar-se ao fato de uma maior procura pelos usuários por procedimentos mutiladores, essencialmente exodontias, em municípios de pequeno porte. Sendo assim, quando não existe esse tipo de material na UBS, o usuário pode compreender que o seu acesso ao serviço odontológico foi impedido de ser concretizado.

O acesso aos serviços de saúde relaciona-se aos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. A garantia do acesso aos serviços de saúde contempla a dimensão de resolutividade das demandas e necessidades dos usuários (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Em outros estudos que consideraram dados secundários, percebeu-se que houve maior proporção de exodontias em relação a outros procedimentos na AB das regiões Norte e Nordeste do Brasil (Filgueira; Roncalli, 2018; Reda et al., 2020).

Ademais, encontra-se na literatura associação negativa entre a proporção de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos individuais com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal. No estudo proposto por Fernandes e Peres (2005), onde testaram associações entre indicadores de AB em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos, perceberam que apesar de todos os municípios do estudo oferecerem acesso aos serviços de saúde bucal de alguma forma, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda ofertaram serviços com características essencialmente mutiladoras.

Um aspecto que pode justificar a preferência desse tipo de procedimento em municípios de menor porte populacional é a ausência da referência para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, o que reduz a possibilidade de realização de tratamentos conservadores da estrutura dental, como a endodontia. Sendo assim, uma menor oferta de alguns serviços propicia um menor acesso, em consequência da redução quanto ao investimento em tecnologias e em qualificação profissional (Davoglio et al, 2009).

A presença de uma estrutura adequada, com materiais e insumos odontológicos disponíveis permitem maior possibilidade de resolubilidade dos serviços ofertados. Além disso, estudos apontam que a fragilidade quanto à estrutura das unidades relatada pelos usuários da AB está entre as razões que acarretam a falta às consultas odontológicas agendadas (Melo; Braga; Forte, 2011).

Ressalta-se ainda que, a manutenção regular dos insumos necessários nas UBS, para a execução do conjunto de ações propostas, e consequentemente, para o pleno funcionamento das UBS são obrigações comuns a todas as esferas de governo, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

Esse estudo também demonstra mediante modelo de regressão apresentado para os municípios de pequeno porte II (Tabela 10) que, quando não há presença de fios expostos, soltos ou desencapados na UBS, diminui a chance de não acesso aos

serviços de saúde bucal em 89%. Percebeu-se que a maioria das UBS analisadas na Paraíba, em todos os quatro grupos de municípios, apresentaram boas condições relacionadas as características estruturais e ambiência (Tabela 2). Corroborando com esses achados, Gonçalves et al. (2020) também apontou que a presença de tubulação para fora da parede estava entre as condições estruturais com menor frequência nas unidades.

Constatou-se no presente estudo que barreiras estruturais presentes nas UBS estão correlacionadas ao acesso aos serviços de saúde dos usuários. Logo, compreende-se que quando o usuário encontra condições inadequadas quanto ao aspecto estrutural das UBS, pode inferir que sua demanda não será atendida e que seu acesso ao serviço odontológico será impedido.

Apesar dos avanços e melhorias na AB ao longo dos anos, principalmente após a instituição de programas como o PMAQ-AB, com iniciativas que contemplavam incrementos às condições estruturais das Unidades Básicas de Saúde, dificuldades relacionadas à infraestrutura podem ainda ser acarretadas por questões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde e da administração local dos recursos. A vulnerabilidade social e econômica, dependente de capital humano, físico, financeiro e social, podem impactar negativamente o acesso aos serviços de saúde, principalmente em municípios de pequeno porte populacional (Viegas; Carmo; Profeta da Luz, 2015).

Além disso, o aspecto da descentralização municipal impute ao gestor o gerenciamento da compra de materiais, assim como investimento local dos recursos em infraestrutura. Quando não há compreensão de que todos os aspectos relacionados à ambiência, características estruturais e processo de trabalho das equipes podem afetar no acesso aos serviços de saúde pelos usuários, esses aspectos podem ser ignorados.

Quanto aos resultados encontrados para municípios de médio porte, o modelo logístico ajustado (tabela 11) aponta que, quando não existe cimento de hidróxido de cálcio e material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente, aumenta a chance de não acesso em 628% e 3024%, respectivamente.

De modo geral, nota-se que as UBS possuem a maioria dos equipamentos (tabela 3), instrumentais (tabela 4) e insumos odontológicos listados (tabela 5), com exceção dos itens cirúrgicos afastador e sugador e recipiente para descarte de lâmina de chumbo.

Como já ressaltado, a ausência de alguns instrumentais e insumos compromete a prática, impede uma atenção adequada à saúde, limita a resolubilidade do serviço ofertado e ocasiona descrédito na população (Limão et al.,2016). Corroborando com os resultados encontrados no presente estudo, a pesquisa de Lima et al (2015) também constatou que a falta de alguns insumos e equipamentos foi citada como barreira estrutural relacionada ao acesso aos serviços de saúde pelos usuários.

Observa-se mediante os resultados do presente estudo encontrou-se associação entre a presença em quantidade suficiente de itens relacionados à realização de procedimentos odontológicos mais conservadores e o acesso. Sendo assim, o fato de que quando não existe cimento de hidróxido de cálcio, aumenta a chance de não acesso pode ser justificado por esse tipo de material ser utilizado em procedimentos que visam manter a vitalidade e preservar, portanto, a estrutura dental. De forma semelhante, pode-se justificar ao mesmo fato a associação demonstrada também do material de limpeza de instrumental e brocas com acesso em municípios de médio porte e anestésico tópico, matriz metálica e resinas fotopolimerizáveis para municípios de grande porte. Quando não existe matriz metálica em quantidade suficiente e resinas fotopolimerizáveis aumenta a chance de não acesso em 1776% e 337%, respectivamente.

O estudo de Neves et al. (2019), que analisou a associação entre aspectos contextuais dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos pelas eSB, evidenciou uma maior prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos em cidades com maiores IDH, melhor cobertura de saúde bucal e menor proporção de realização de exodontias entre os procedimentos analisados. Logo, compreende-se que em municípios maiores, com maior porte populacional e com maiores IDH, há cenários sociodemográfico e socioeconômico mais positivos em relação aqueles municípios menores, que ainda há uma procura e oferta demasiadamente por serviços com características mutiladoras. Outrossim, a não compreensão do conceito ampliado de saúde pelos usuários e profissionais, do processo saúde-doença, com características na oferta dos serviços atreladas ainda ao modelo biomédico, podem relacionar-se como a presença de procedimentos menos conservadores em municípios de pequeno porte populacional.

6.2 Organização do processo de trabalho da eSB

O PMAQ-AB constituiu-se como um programa inovador e que corroborou com a indução de mudanças no processo de trabalho das equipes e que resultou em melhorias na qualidade da AB (Uchôa et al., 2018).

Mediante os resultados apresentados nesse estudo, observou-se que quanto à organização da agenda, quando a eSB não garante um atendimento agendado/programado aumenta a chance de obtenção de não acesso para os usuários em municípios de pequeno porte populacional em 326%. Esses resultados refletem a possibilidade de usuários de municípios de pequeno porte populacional, em particularidade aqueles residentes em regiões rurais, terem acessibilidade mais dificultada, principalmente pela distância das áreas rurais para as suas unidades âncoras de referência para atendimento, além das barreiras geográficas e a pouca oferta de transporte. Logo, a garantia de um atendimento agendado/programado facilita que o usuário possa se deslocar no dia agendado para efetivação do seu atendimento odontológico e tenha suas necessidades em saúde bucal atendidas.

A forma de organização dos serviços pode facilitar o acesso independentemente do local de residência do usuário, contribuindo para favorecer a manutenção do vínculo usuário-serviço. Ademais, o ingresso e permanência desse usuário podem ser facilitados mediante o agendamento prévio de consultas (RAMOS; LIMA, 2003).

Verificou-se também, mediante análise descritiva (Tabela 7), que quase a totalidade das equipes em todos os portes populacionais garantiam atendimento agendado/programado. Esses dados corroboram com o estudo de Pinto et al. (2020), que ao analisarem dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, também verificaram que a maioria dos profissionais das eSB garantia atendimento agendado e por demanda espontânea na Paraíba.

Além disso, a próxima consulta para continuidade do tratamento odontológico é marcada no final da consulta anterior pela eSB na maioria das UBS dos quatro grupos de municípios paraibanos no presente estudo (Tabela 7).

Estudos demonstram uma amplificação da efetivação de agendamentos para as consultas odontológicas em todas as regiões do Brasil. Esse fato relaciona-se à efetivação da reorganização dos serviços de saúde, com a substituição gradativa do sistema de livre demanda, com a utilização de fichas e longas filas de espera, para a

organização de agendas com cronograma firmado, considerando o atendimento à grupos prioritários e a classificação de risco (Pezzini; Rizotto, 2023).

A realização do planejamento e do gerenciamento da agenda, pela eSB constitui uma importante ferramenta para o desdobramento de ações programadas e espontâneas, com o objetivo de garantir aos usuários o acesso aos serviços com tempo de espera reduzido para atendimento (Casotti et al., 2014).

Ainda com relação a organização da agenda e oferta de ações da equipe de saúde bucal, os resultados desse estudo demonstraram que a chance de o usuário não obter acesso aumenta em 847% quando não existe reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, em municípios de grande porte populacional. Esses dados apontam para a importância da organização da agenda e da disponibilidade de horários para atendimentos à demanda espontânea com escuta dos usuários. A escuta das queixas e demandas dos usuários pelos profissionais da eSB demonstrou ser uma ação que afeta o acesso ao serviço de saúde bucal.

Para melhor andamento na AB, a demanda espontânea e a demanda programada devem andar juntas, a fim de garantir o acesso e a continuidade dos tratamentos. Com isso, há adesão aos tratamentos programáticos, busca ativa de faltosos, agendamento de retornos, lembrete aos usuários das consultas agendadas e oferta de referências especializadas capazes de garantir a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados (Thurow; Castilhos; Costa, 2015).

De acordo com o MS, o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, é um importante instrumentos para o processo de trabalho na AB. Dessa forma ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo (BRASIL, 2012a).

O estudo proposto por Melo et al. (2016), ao avaliarem a efetividade da implantação de uma agenda de atividades na melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, constataram que agenda de saúde bucal apresentou resultados satisfatórios na reorganização do processo de trabalho para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal.

A Política Nacional de Humanização (PNH) aponta diretrizes que orientam a política, entre elas, o acolhimento como um modo de operar ética e politicamente nos

processos de trabalho em saúde, com o incentivo à escuta qualificada e atendimento humanizado a todos os usuários (BRASIL, 2004b).

Nesta perspectiva, os resultados do presente estudo evidenciam que quando os profissionais da eSB não realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de AB, aumenta a chance de obtenção de não acesso em 265% em municípios de grande porte populacional.

As concepções sobre o acolhimento podem contemplar diversos significados que confluem para a perspectiva da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde. Logo, o acolhimento deve ser realizado de forma transversal às ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e relaciona-se com a capacidade do profissional de propiciar a escuta e procurar a resolutividade considerando o processo de trabalho dos profissionais e gestores (BRASIL, 2004b).

A proposta de acolhimento na APS auxilia no acesso e direciona o usuário dentro do serviço de saúde. Dentro do processo de trabalho das equipes, o acolhimento é realizado contemplando a escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2004b).

Como observado, em municípios de grande porte populacional, o acolhimento quando não realizado de forma conjunta da eSB com a equipe de AB, afeta o acesso aos serviços de saúde bucal desses usuários. O MS preconiza que o acolhimento não deve ser limitado a um profissional específico e orienta que todos os profissionais da equipe de saúde, em todos os contatos com o usuário, acarretando no compartilhamento de saberes, angústias e intervenções entre os profissionais e os usuários. Logo, o acolhimento não deve se restringir à recepção da UBS, e sim ser uma postura praticada por todos da equipe de saúde, em todos os encontros, como parte integrante do processo de produção de saúde (BRASIL, 2006).

A realização do acolhimento conjunto com todos os profissionais da equipe de saúde corrobora para o reconhecimento de que toda a equipe pode e deve atuar sobre os problemas de saúde, dentro das suas competências profissionais, porém com responsabilidades iguais e compartilhadas. Dessa forma, o acolhimento deve ser compreendido e trabalhado como um processo de encontro entre indivíduo/família/comunidade e trabalhadores de saúde, versado a praticar da integralidade, a equidade e a resolubilidade (Costa et al., 2018).

No que compete ao acolhimento em saúde bucal, pode instituir mudanças quanto ao vínculo entre profissionais e usuários nos espaços de cuidado, no processo de trabalho e na organização dos serviços de saúde. Por conseguinte, se faz necessário a implementação de práticas mais acolhedoras no cuidado em saúde bucal, pois quando o cirurgião-dentista é capaz de entender as demandas individuais, os anseios e perspectivas dos usuários que buscam o serviço, a atenção odontológica pode ser mais favorável e produtiva (Pinto; Martins, 2020).

Os achados do presente estudo evidenciaram que existem características distintas quanto à organização das equipes de saúde bucal em seu processo de trabalho que podem afetar o acesso aos serviços de saúde bucal em municípios de pequeno porte e grande porte. Isso permite ainda refletir que aspectos relacionados ao processo de trabalho foram associados em maior frequência em municípios de grande porte, o que permite refletir que as práticas dos profissionais podem afetar mais o acesso aos serviços dos usuários do que a estrutura das unidades de saúde nesses municípios. Esse fato pode relacionar-se à presença de estruturas mais adequadas das UBS em municípios maiores pela maior disponibilidade de recursos financeiros.

6.3 Limitações do estudo

O PMAQ-AB proporcionou o levantamento de informações generalizadas pelo alcance em âmbito nacional, o que implica no elevado nível de precisão. Porém, algumas limitações podem ser apontadas para o presente estudo, já que foram empregados dados secundários, que podem gerar erros relacionados ao preenchimento das informações. Ressalta-se ainda que pode ter ocorrido viés de seleção quanto a seleção dos usuários que responderam o Módulo III, já que não foi realizada seleção aleatória, além de viés de informação, devido à extensão do questionário.

Ademais, o alto percentual de respostas positivas das ações desenvolvidas quanto a organização das equipes de saúde bucal no processo de trabalho pode estar atrelada à certificação de desempenho e, como resultado, ao repasse financeiro para a gestão municipal. Isso pode ter influenciado as respostas positivas pelos profissionais e gestores, com o objetivo de alcançar melhores resultados.

Algumas dificuldades foram encontradas durante o processo de análise dos dados, onde encontrou-se erros no preenchimento dos CNES dos questionários de usuários e profissionais, o que inviabilizou a associação de alguns usuários à sua

equipe e UBS de referência, ocasionando a exclusão desses usuários com dados incompletos. Todavia, vale ressaltar que essas limitações foram superadas com a utilização dos critérios de exclusão de variáveis e inclusão de apenas variáveis que possuíam dados completos.

Por fim, vale mencionar como pontos fortes, que este foi o primeiro estudo realizado sobre serviços de saúde bucal com perspectiva estadual abordando características estruturais, de organização do processo de trabalho das eSB e da percepção dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal, considerando os dados do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Os resultados encontrados apontam para informações importantes quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal, potencialidades e fragilidades quanto à estrutura das unidades de saúde, assim como quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal, considerando uma análise por porte populacional dos municípios paraibanos. Percebeu-se associações entre características estruturais e características quanto à organização das equipes em seu processo de trabalho associadas ao acesso aos serviços de saúde bucal de forma distinta, entre os portes populacionais dos municípios do estado da Paraíba.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo provém do último ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB – 3º ciclo, que realizou levantamento nacional com o objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Os resultados desta pesquisa apontam para dados relevantes quanto às condições de estrutura das UBS, organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Básica, além de contemplar a percepção dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal.

Apesar de suas limitações, o PMAQ-AB constituiu-se como uma potente política pública de saúde, demonstrando resultados e impactos positivos na qualidade e no acesso aos serviços de saúde no componente da Atenção Básica do País.

Os resultados do 3º ciclo do programa demonstraram, mediante as frequências apresentadas que, quase a totalidade das UBS do estado da Paraíba apresentam características estruturais e de ambiência adequadas, com consultórios odontológicos dispondo de quase todos os itens de instrumentais, equipamentos e insumos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal, a exceção de sugador e afastador cirúrgico e recipiente para descarte de lâmina de chumbo.

Mediante o modelo de regressão logístico apresentado, observou-se que existe associação quanto às características estruturais das UBS e da organização do processo de trabalho das equipes com o acesso aos serviços de saúde bucal, de forma heterogênea entre os portes populacionais dos municípios paraibanos. Percebeu-se que em municípios de pequeno porte I e grande porte existem associações das características do processo de trabalho das equipes com o acesso. Outrossim, com relação à estrutura e o acesso, foram observadas associações em todos os portes populacionais.

Apesar da presente pesquisa demonstrar adequadas condições das estruturas das UBS e aspectos positivos quanto à organização das equipes nos seus processos de trabalho, os dados sugerem reflexão quanto as práticas que permeiam essa atenção odontológica no componente da Atenção Básica da Paraíba.

Quanto à estrutura, aponta-se como fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em municípios de pequeno porte I: a UBS não dispor de anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente. A ausência desse insumo odontológico em municípios de pequeno porte populacional, que apresentam menores índices de IDH e menores níveis socioeconômicos, pode sugerir persistir ainda a presença de práticas odontológicas essencialmente mutiladoras. Em municípios de pequeno porte

II, encontrou-se associação entre a presença de fios expostos, soltos ou desencapados na UBS e o acesso. Para os municípios de médio porte e grande porte, observou-se como fatores que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde bucal, a UBS não dispor de cimento de hidróxido de cálcio, material de limpeza de instrumental e brocas, matriz metálica e resinas fotopolimerizáveis. Esses materiais odontológicos são utilizados para realização de procedimentos odontológicos mais conservadores da estrutura dental, o que pode relaciona-se ao fato de uma maior procura desses procedimentos pelos usuários nesses dois grupos em municípios com população maior e, conseqüentemente, maiores índices de IDH e socioeconômicos.

Ademais, com relação ao processo de trabalho, destaca-se ainda que em municípios de pequeno porte I o atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal não garantir atendimento agendado/ programado está associado ao acesso. Por fim, em municípios de grande porte encontrou-se como fatores associados ao não acesso: quando não existe reserva de vagas na agenda da eSB para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e o acolhimento não ser realizado de forma conjunta com a equipe de Atenção Básica.

Percebe-se que os fatores que estão associados entre a estrutura das unidades e o processo de trabalho das equipes com o acesso aos serviços de saúde bucal diferem de acordo com o grupo de municípios e suas respectivas características populacionais. Nessa perspectiva, essa abordagem, que contemplou o território paraibano segundo o porte populacional de seus municípios, demonstrou a necessidade de uma atenção diferenciada, considerando as particularidades de cada grupo de municípios do estado, com a elaboração de políticas específicas.

Como tomada de decisão sugere-se o fomento à educação em saúde em municípios de pequeno porte da Paraíba, mediante a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença pelos usuários, fatores de risco e de proteção à saúde bucal, preferencialmente trabalhados de forma integrada com a equipe multiprofissional. Poderão ser desenvolvidas ações na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios com incentivo, como preconizado pela PNSB, a fim da identificação precoce de lesões, priorização de procedimentos conservadores e, conseqüente, inversão da lógica de mutilação. Ademais, sugere-se organização do processo de trabalho, de acordo com as particularidades de cada cenário.

Espera-se que este estudo possa auxiliar na compreensão do PMAQ-AB como potencial política que contribuiu para a ampliação da qualidade e do acesso na Atenção Básica, assim como subsidiar reflexões que podem ajudar gestores e profissionais das equipes de saúde bucal quanto ao aprimoramento da organização das práticas em saúde no estado da Paraíba.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, 2008.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan- Americana da Saúde. Brasília, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- AMARAL JÚNIOR, O.L. et.al. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v.14, n.1, p.143-159, 2020.
- ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 15, n.1, p. 161-17, 2010.
- ASSIS, M.M.A.; ABREU DE JESUS, W.L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 2865-2875.
- BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E. Q. G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 10, n.3, p. 53-60, 2007.
- BRASIL, L. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf (Componente III). **Termo de Referência para o Sub-componente D Linha de Ação 3 – Estudos de Linha de Base “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente 1”**. 2004. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. (Série Pactos pela Saúde 200, v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Secretaria de Atenção à Saúde. Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde.** Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; Brasília-DF. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **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. 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, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020.**

Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/20200506_Pcatool_versao_Final.pdf.
pd

CAMPOS, C. E. A. Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, supl.1, p. s63–s69, 2005.

CARREIRO, D.L. et.al. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p.1021-1032, 2019.

CASTANHEIRA, E.R.L. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.

CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. editores. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Fiocruz, 2011.

COUTO, J.G.A.; MENDES, A.; CARNUT, L. Revisão crítica dos argumentos “oficiais” da nova alocação de recursos federais para Atenção Primária. **J Manag Prim Health Care**, v.15, n.1, p.9, 2023.

DAVOGLIO, R.S. et al. Fatores associados a hábitos de Saúde Bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.3, p.655-67, 2009.

DIAS, M.S.A. et al. Intersectorialidade 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.

ELY, H.C. et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p. 1607-1616, 2016

ESCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2-3, p. 164–176, 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006.

ESPOSTI, C.D.D. et al. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. **Saúde Soc**, v. 25, n. 1, p. 19-30, 2016.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v.42, n. esp1, p. 208-223, 2018.

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.

FERREIRA, D.C. et al. Atenção Primária, planejamento e modelos de atenção à Saúde: um enfoque sobre o plano diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.16, n.2, p. 180-186, 2013.

FILGUEIRA, A.A.; RONCALLI, A.G. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. **Sanare**, v.17, n.2, p. 30-39, 2018.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, D.E.W.G. et al. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n.3, p.e2020444, 2021.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; FLEURY S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v.26, n.60, p.37-61, 2002.

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

HOSMER, D. W.; TABER, S.; LEMESHOW, S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. **American journal of public health**, v. 81, n. 64 12, p. 1630–1635, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades - Paraíba**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=25>. Acesso em: 10 de maio de 2023.

LIMA, T.B.B. et al. Acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande / Paraíba: um estudo de série temporal. **Arquivos em Odontologia**, v.56, n.1 e05, 2020.

LIMÃO, NP. et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.29, n.1, p. 84-92, 2016.

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.

MARTINS, G. DE A.; DOMINGUES, O. **Estatística geral e aplicada**. 5ª ed. São Paulo: Atlas SA, 2014.416p.

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

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, V.25, n.4, p. 1181-1188, 2020.

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.

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, A.C.B.V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.309-318, 2018.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1827–1834, 2010.

OBRIST, B. et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. **PLOS Medicine**, v. 4, n. 10, p. 1584-1588, 2007.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. **J Epidemiol Community Health**, v, 58, n.8, p.655-658, 2004.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>. Acesso em: 31 agosto 2023.

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

REDA, S.F. et al. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. **Am J Public Health**, v.108, n.2, e1-e7, 2018.

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

SORIA, G.S. et.al. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.4, p. e: 0019171, 2019.

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008.

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.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, Suppl 2, p. S190-198, 2004.

VIANA, I.B.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Rev Brasileira de Promoção a Saúde**, v.25,n.2, p.151-160;2012.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



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 Lucília 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 Kodjaoglianian - 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

ANEXO B - MUNICÍPIOS PARAIBANOS E PORTE POPULACIONAL

MUNICÍPIOS PARAIBANOS	PORTE POPULACIONAL
Água Branca	Pequeno Porte I
Aguiar	Pequeno Porte I
Alagoa Grande	Pequeno Porte I
Alagoa Nova	Pequeno Porte II
Alagoinha	Pequeno Porte I
Alcantil	Pequeno Porte I
Algodão de Jandaíra	Pequeno Porte I
Alhandra	Pequeno Porte II
Amparo	Pequeno Porte I
Aparecida	Pequeno Porte I
Araçagi	Pequeno Porte I
Arara	Pequeno Porte I
Araruna	Pequeno Porte I
Areia	Pequeno Porte II
Areia de Baraúnas	Pequeno Porte I
Areial	Pequeno Porte I
Aroeiras	Pequeno Porte I
Assunção	Pequeno Porte I
Baía da Traição	Pequeno Porte I
Bananeiras	Pequeno Porte II
Baraúna	Pequeno Porte I
Barra de Santa Rosa	Pequeno Porte I
Barra de Santana	Pequeno Porte I
Barra de São Miguel	Pequeno Porte I
Bayeux	Médio Porte
Belém	Pequeno Porte I
Belém do Brejo do Cruz	Pequeno Porte I
Bernardino Batista	Pequeno Porte I
Boa Ventura	Pequeno Porte I
Boa Vista	Pequeno Porte I
Bom Jesus	Pequeno Porte I
Bom Sucesso	Pequeno Porte I
Bonito de Santa Fé	Pequeno Porte I
Boqueirão	Pequeno Porte I
Borborema	Pequeno Porte I
Brejo do Cruz	Pequeno Porte I
Brejo dos Santos	Pequeno Porte I
Caaporã	Pequeno Porte II
Cabaceiras	Pequeno Porte I
Cabedelo	Médio Porte
Cachoeira dos Índios	Pequeno Porte I
Cacimba de Areia	Pequeno Porte I
Cacimba de Dentro	Pequeno Porte I
Cacimbas	Pequeno Porte I
Caiçara	Pequeno Porte I

Cajazeiras	Médio Porte
Cajazeirinhas	Pequeno Porte I
Caldas Brandão	Pequeno Porte I
Camalaú	Pequeno Porte I
Campina Grande	Grande Porte
Capim	Pequeno Porte I
Caraúbas	Pequeno Porte I
Carrapateira	Pequeno Porte I
Casserengue	Pequeno Porte I
Catingueira	Pequeno Porte I
Catolé do Rocha	Pequeno Porte II
Caturité	Pequeno Porte I
Conceição	Pequeno Porte I
Condado	Pequeno Porte I
Conde	Pequeno Porte II
Congo	Pequeno Porte I
Coremas	Pequeno Porte I
Coxixola	Pequeno Porte I
Cruz do Espírito Santo	Pequeno Porte I
Cubati	Pequeno Porte I
Cuité	Pequeno Porte I
Cuité de Mamanguape	Pequeno Porte I
Cuitegi	Pequeno Porte I
Curral de Cima	Pequeno Porte I
Curral Velho	Pequeno Porte I
Damião	Pequeno Porte I
Desterro	Pequeno Porte I
Diamante	Pequeno Porte I
Dona Inês	Pequeno Porte I
Duas Estradas	Pequeno Porte I
Emas	Pequeno Porte I
Esperança	Pequeno Porte II
Fagundes	Pequeno Porte I
Frei Martinho	Pequeno Porte I
Gado Bravo	Pequeno Porte I
Guarabira	Médio Porte
Gurinhém	Pequeno Porte I
Gurjão	Pequeno Porte I
Ibiara	Pequeno Porte I
Igaracy	Pequeno Porte I
Imaculada	Pequeno Porte I
Ingá	Pequeno Porte I
Itabaiana	Pequeno Porte II
Itaporanga	Pequeno Porte II
Itapororoca	Pequeno Porte I
Itatuba	Pequeno Porte I
Jacaraú	Pequeno Porte I
Jericó	Pequeno Porte I

João Pessoa	Grande Porte
Juarez Távora	Pequeno Porte I
Juazeirinho	Pequeno Porte I
Junco do Seridó	Pequeno Porte I
Juripiranga	Pequeno Porte I
Juru	Pequeno Porte I
Lagoa	Pequeno Porte I
Lagoa de Dentro	Pequeno Porte I
Lagoa Seca	Pequeno Porte II
Livramento	Pequeno Porte I
Logradouro	Pequeno Porte I
Lucena	Pequeno Porte I
Mãe D'Água	Pequeno Porte I
Malta	Pequeno Porte I
Mamanguape	Pequeno Porte II
Manaíra	Pequeno Porte I
Marcação	Pequeno Porte I
Mari	Pequeno Porte II
Marizópolis	Pequeno Porte I
Massaranduba	Pequeno Porte I
Mataraca	Pequeno Porte I
Matinhas	Pequeno Porte I
Mato Grosso	Pequeno Porte I
Maturéia	Pequeno Porte I
Mogeiro	Pequeno Porte I
Montadas	Pequeno Porte I
Monte Horebe	Pequeno Porte I
Monteiro	Pequeno Porte II
Mulungu	Pequeno Porte I
Natuba	Pequeno Porte I
Nazarezinho	Pequeno Porte I
Nova Floresta	Pequeno Porte I
Nova Olinda	Pequeno Porte I
Nova Palmeira	Pequeno Porte I
Olho D'Água	Pequeno Porte I
Olivedos	Pequeno Porte I
Ouro Velho	Pequeno Porte I
Parari	Pequeno Porte I
Passagem	Pequeno Porte I
Patos	Grande Porte
Paulista	Pequeno Porte I
Pedra Branca	Pequeno Porte I
Pedra Lavrada	Pequeno Porte I
Pedras de Fogo	Pequeno Porte II
Pedro Régis	Pequeno Porte I
Piancó	Pequeno Porte I
Picuí	Pequeno Porte I
Pilar	Pequeno Porte I

Pilões	Pequeno Porte I
Pilõezinhos	Pequeno Porte I
Pirpirituba	Pequeno Porte I
Pitimbu	Pequeno Porte I
Pocinhos	Pequeno Porte I
Poço Dantas	Pequeno Porte I
Poço de José de Moura	Pequeno Porte I
Pombal	Pequeno Porte II
Prata	Pequeno Porte I
Princesa Isabel	Pequeno Porte II
Puxinanã	Pequeno Porte I
Queimadas	Pequeno Porte II
Quixabá	Pequeno Porte I
Remígio	Pequeno Porte I
Riachão	Pequeno Porte I
Riachão do Bacamarte	Pequeno Porte I
Riachão do Poço	Pequeno Porte I
Riacho de Santo Antônio	Pequeno Porte I
Riacho dos Cavalos	Pequeno Porte I
Rio Tinto	Pequeno Porte II
Salgadinho	Pequeno Porte I
Salgado de São Félix	Pequeno Porte I
Santa Cecília	Pequeno Porte I
Santa Cruz	Pequeno Porte I
Santa Helena	Pequeno Porte I
Santa Inês	Pequeno Porte I
Santa Luzia	Pequeno Porte I
Santa Rita	Grande Porte
Santa Teresinha	Pequeno Porte I
Santana de Mangueira	Pequeno Porte I
Santana dos Garrotes	Pequeno Porte I
Santarém	Pequeno Porte I
Santo André	Pequeno Porte I
São Bentinho	Pequeno Porte I
São Bento	Pequeno Porte II
São Domingos	Pequeno Porte I
São Domingos do Cariri	Pequeno Porte I
São Francisco	Pequeno Porte I
São João do Cariri	Pequeno Porte I
São João do Rio do Peixe	Pequeno Porte I
São João do Tigre	Pequeno Porte I
São José da Lagoa Tapada	Pequeno Porte I
São José de Caiana	Pequeno Porte I
São José de Espinharas	Pequeno Porte I
São José de Piranhas	Pequeno Porte I
São José de Princesa	Pequeno Porte I
São José do Bonfim	Pequeno Porte I
São José do Brejo do Cruz	Pequeno Porte I

São José do Sabugi	Pequeno Porte I
São José dos Cordeiros	Pequeno Porte I
São José dos Ramos	Pequeno Porte I
São Mamede	Pequeno Porte I
São Miguel de Taipu	Pequeno Porte I
São Sebastião de Lagoa de Roça	Pequeno Porte I
São Sebastião do Umbuzeiro	Pequeno Porte I
Sapé	Médio Porte
Seridó	Pequeno Porte I
Serra Branca	Pequeno Porte I
Serra da Raiz	Pequeno Porte I
Serra Grande	Pequeno Porte I
Serra Redonda	Pequeno Porte I
Serraria	Pequeno Porte I
Sertãozinho	Pequeno Porte I
Sobrado	Pequeno Porte I
Solânea	Pequeno Porte II
Soledade	Pequeno Porte I
Sossêgo	Pequeno Porte I
Sousa	Médio Porte
Sumé	Pequeno Porte I
Tacima	Pequeno Porte I
Taperoá	Pequeno Porte I
Tavares	Pequeno Porte I
Teixeira	Pequeno Porte I
Triunfo	Pequeno Porte I
Uiraúna	Pequeno Porte I
Umbuzeiro	Pequeno Porte I
Várzea	Pequeno Porte I
Vieirópolis	Pequeno Porte I
Vista Serrana	Pequeno Porte I
Zabelê	Pequeno Porte I