

Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB

Dental care in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB External Evaluation

Elisete Casotti¹, Priscilla Caran Contarato², Ana Beatriz Monteiro Fonseca³,
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges⁴, Márcia Helena Baldani⁵

¹Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ).
elisete.casotti@gmail.com

²Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
priscillacontarato@gmail.com

³Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
abmfonseca@id.uff.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil.
pollyannakassia@hotmail.com

⁵Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil.
mbaldani@uepg.br

RESUMO: Este estudo tem como objetivos identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários e analisar a organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica quanto aos atributos do acesso de primeiro contato e da integralidade. Utilizaram-se dados secundários da Avaliação Externa relativos aos módulos usuário e profissional. Os resultados indicam que 45,1% dos usuários conseguem marcar consulta com o dentista. A garantia de continuidade de tratamento é menor nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera nas especialidades ainda se constituem em problema da rede de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Saúde bucal; Integralidade em saúde.

ABSTRACT: *This study aims to identify the characteristics of dental service supply accessed by users and to analyze the organization of Oral teams participating in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, as for access and first contact comprehensiveness. Secondary data concerning to External Evaluation were applied in their user and professional component modules. The results indicate that 45.1% of users succeed in making an appointment with the dentist. The ensuring continuity of treatment is lower in the North and Northeast regions. Access and waiting times for specialty still constitute a problem of the care network.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; Evaluation of health services; Health services accessibility; Oral health; Integrality in health.*

Introdução

A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em dezembro do ano 2000 representou o passo inicial para a expansão da oferta de serviços públicos na área. Com uma trajetória marcada pela hegemonia do setor privado na prestação de serviços odontológicos e com o Estado operando um modelo cirúrgico mutilador de baixa cobertura, a aprovação de incentivo financeiro para implantar as equipes significou uma inflexão importante para o setor e para a realidade assistencial nos municípios (BRASIL, 2000).

Em 2004, com o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), houve um claro reposicionamento normativo e de aporte de recursos públicos na área, indicando um conjunto de mudanças ao modelo de atenção em curso (BRASIL, 2004A). O Programa Brasil Sorridente, desdobramento operacional da PNSB, ao adotar o cuidado como eixo central assume a responsabilidade não só com a ampliação da rede assistencial - como também com a qualificação da Atenção em Saúde Bucal - articulando as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender às necessidades de saúde de populações nos territórios (BRASIL, 2004A).

A expansão da rede de Atenção Básica de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou, entre o ano de 2002 (n=4.261) e o de 2012 (n=22.203), um crescimento em torno de 500%. A rede de média complexidade, representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), importante retaguarda para a garantia da integralidade clínica do cuidado, também apresentou importante expansão: os CEO passaram de 100 unidades em 2004 para 944 unidades em 2012, e os LRPD, de 36 em 2005 para 1.232 em 2012 (BRASIL, 2004A).

A melhoria do acesso foi registrada na comparação das Pesquisas Nacionais de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2003

e 2008, quando mais de 17,5 milhões de brasileiros passaram a frequentar o dentista. Dentre a população com menor renda familiar, houve uma redução da ordem de 4,3% na proporção de indivíduos que nunca haviam consultado um dentista (IBGE, 2005; 2010).

Entretanto, para Calvo *et al.* (2012, p. 182)

Ainda são necessários esforços para que se efetivem a redução das desigualdades de acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos na área da saúde bucal para planejamento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Estudos indicam que, no Brasil, o mecanismo de avaliação e monitoramento setorial do acesso e qualidade das ações, assentado no conjunto de indicadores implementados historicamente pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), ao se apoiar exclusivamente no volume de procedimentos informados, apresenta limitações e inconsistências (CONTARATO, 2011; MAIA; KORNIS, 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, mais recentemente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), ao incorporar etapas como a contratualização, o desenvolvimento de auto avaliação e o planejamento de melhorias pela própria equipe, apresenta-se como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2012A; 2013).

Para Pinto, Souza, Florêncio (2012) o PMAQ-AB se propõe a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, se constituir como porta de entrada resolutive para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção.

A pesquisa de Giovanella *et al.* (2009) corrobora o estudo de Pinto (2012) ao ressaltar que a APS deve ser orientadora do cuidado, estar

articulada em rede, centrada no usuário e responder pelas necessidades da população.

Neste estudo, que tem como objeto a Atenção em Saúde Bucal das equipes participantes do PMAQ-AB, serão analisados dois atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS): o ‘acesso de primeiro contato’, entendido como a oferta de um ponto de entrada facilmente acessível aos usuários e a ‘integralidade’, que expressa a capacidade do serviço em reconhecer as “necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-las” (STARFIELD, 2004, P.314).

Ainda que os instrumentos utilizados para a coleta de dados referentes à Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB não tenham sido organizados a partir dos parâmetros definidos por Starfield (2004) para a qualificação da atenção primária, este artigo propõe estabelecer uma correspondência entre as questões selecionadas nos Módulos II e III e os atributos selecionados.

Os objetivos incluem a identificação das características da oferta dos serviços de odontologia acessados pelos usuários e a análise da organização da Atenção à Saúde Bucal descrita pelas equipes participantes do Programa quanto aos atributos de acesso de primeiro contato e integralidade.

Metodologia

Esta pesquisa é de natureza descritiva e analítica e investigou os dados secundários pertencentes ao banco do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB, cuja coleta foi realizada em 2012. Utilizaram-se dados do Módulo II – Entrevista com Profissional da equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, quando o bloco de questões de saúde bucal estava preenchido, e do Módulo III – entrevista na unidade de saúde com usuário, quando o usuário havia conseguido marcar atendimento com o dentista.

O estudo tem dois componentes de análise: o primeiro é referente às características do

acesso relatado pelos usuários que informaram ter ‘marcado atendimento’ nos serviços de saúde bucal (Módulo III) e outro versa sobre a organização dos serviços de saúde bucal, obtida a partir das informações dos dentistas respondentes (Módulo II). As respostas dos usuários sobre o acesso aos serviços odontológicos dizem respeito ao Brasil e suas regiões geográficas, e a análise dos serviços foi realizada tomando como base os atributos essenciais da APS segundo cada região.

Os usuários entrevistados pelo Programa, em número de quatro por equipe, foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: maioria, ter vínculo com uma equipe de Saúde da Família e ter realizado pelo menos um atendimento na unidade nos últimos doze meses. A identificação foi feita pela equipe de entrevistadores na sala de espera da unidade de saúde no dia da Avaliação Externa. Entretanto, o universo de usuários desse estudo limita-se àqueles que conseguiram marcar atendimento com o dentista na própria unidade de saúde.

As questões selecionadas para conhecer a experiência dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal incluíram: tempo de espera para uma consulta; se sai com consulta marcada até o final do tratamento; se procurou a unidade na última vez que teve problema na boca; se foi atendido sem hora marcada; e se procurou outra unidade, por qual motivo.

Os cirurgiões dentistas foram os respondentes das questões específicas da seção ‘Atenção à Saúde Bucal’. As equipes de saúde bucal foram descritas segundo as características dos serviços ofertados, e as questões analisadas foram distribuídas segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde considerados essenciais: acesso de primeiro contato e integralidade.

Para o atributo de primeiro contato, incluíram-se questões tais como: forma de agendamento; acolhimento à demanda espontânea e uso de protocolo; e busca ativa de casos de câncer de boca e de necessidade de prótese. Para a integralidade, os temas selecionados foram: o uso de critérios de risco e vulnerabilidade no

primeiro atendimento; a garantia de agenda para continuidade do tratamento; a existência de unidades, protocolos e fluxos de referência para média complexidade; o acesso e o tempo de espera às especialidades; e o registro e o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca.

As diferenças na distribuição das características de acesso e atributos da APS em saúde bucal analisadas para cada região do país foi verificada com teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%. Para as análises foram utilizados os softwares SPSS® 18.0 e Excel® 2010.

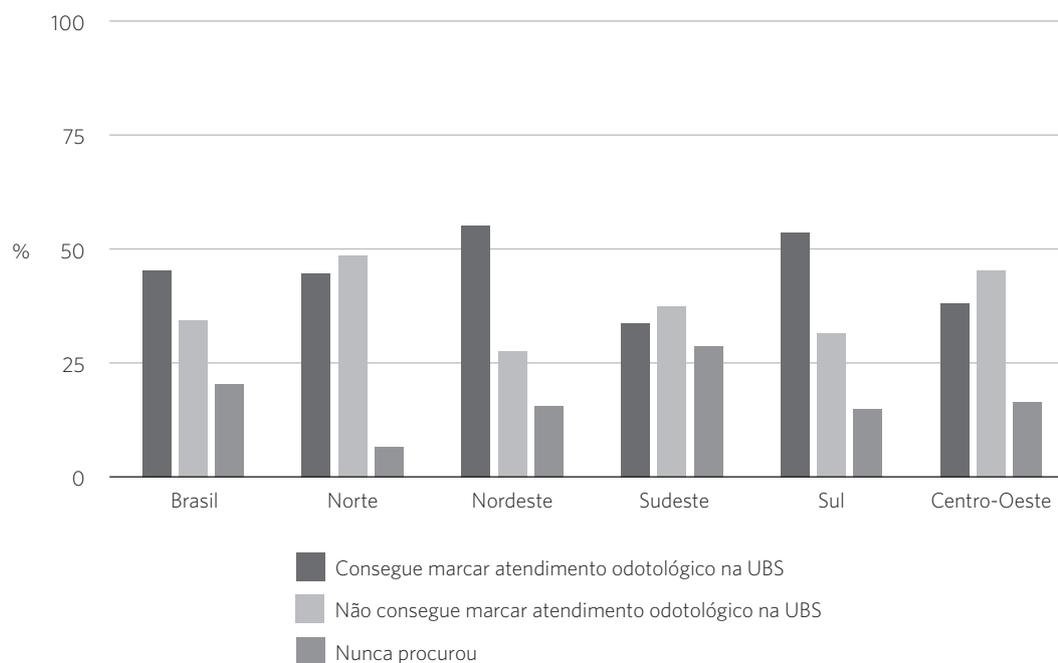
Resultados e discussão

O número total de usuários entrevistados no PMAQ-AB foi de 65.391 indivíduos. O

gráfico 1 apresenta a distribuição de usuários (n=26.263) que declararam ter agendado atendimento com o dentista na unidade básica de saúde onde foram entrevistados. Destes, 80,4% eram mulheres com idade média de 39 anos; 14,7% aposentados; e 33,1% possuíam trabalho remunerado. A renda média familiar para 47,2% deles foi de até dois salários mínimos e a escolaridade média, de 2,8 anos de estudo. Quanto à cor ou raça, 47,1% se declararam pardos ou mestiços; 36,5%, brancos; e 12,2%, pretos. O resultado da análise referente à experiência do acesso está contido na *tabela 1*.

Do total de 17.202 equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ-AB, 12.565 tinham respondentes para a saúde bucal. As características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal estão descritas, respectivamente, nas *tabelas 2, 3 e 4*.

Gráfico 1. Distribuição percentual de usuários entrevistados no PMAQ-AB segundo a possibilidade de agendar atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde cadastradas no programa. Brasil e regiões, 2012*



Fonte: Brasil, Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Número de respondentes: Brasil (total) - 58.258; Norte - 3.311; Nordeste - 19.776; Sudeste - 22.686; Sul - 8.788; Centro Oeste - 3.701

Possibilidade de agendamento e experiência do usuário no acesso aos serviços odontológicos nas UBS

Do total de usuários entrevistados no Brasil, 45,1% conseguem marcar atendimento com o dentista na unidade, 34,5% não conseguem marcar atendimento e 20,4% nunca procuraram. Ao se analisarem os dados por região, observa-se que acima de 53% das pessoas conseguem marcar atendimento no Nordeste e no Sul. Entretanto, nas regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, o percentual de pessoas que não conseguiram agendar atendimento foi maior do que o percentual brasileiro, conforme dados apresentados no gráfico 1.

Peres *et al.* (2012), analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), verificaram que, de 1998 a 2008, o uso dos serviços de saúde bucal se ampliou em todas as faixas etárias no Brasil. No período, a proporção de pessoas que nunca tinham procurado o dentista reduziu-se em 30%. Andrade *et al.* (2013) corroboram esse achado ao relatar o aumento de 44% para 52% do acesso à consulta ao dentista para os usuários sem plano de saúde. Porém, quando os autores compararam as regiões brasileiras, a proporção de usuários que foram ao dentista nas regiões Norte (49%) e Nordeste (47%) foi menor do que nas demais regiões e do valor nacional, no ano de 2008, reafirmando nossas impressões sobre desigualdades de acesso entre as regiões do país.

A tabela 1 apresenta as variáveis relativas à dimensão acesso, com base nas informações dos usuários entrevistados e que conseguiram marcar atendimento com o dentista. Observa-se em todas as regiões, exceto na região Norte, que os maiores percentuais (acima de 43,6%) de tempo de espera para uma consulta está entre dois e quinze dias. Chama a atenção na região Norte o percentual de 48,5% para os casos em que os usuários foram atendidos no mesmo dia ou no dia seguinte. Esse resultado pode estar associado à preponderância do atendimento baseado na lógica de demanda espontânea, em face da lógica programada.

O Sudeste difere das demais por ter um percentual maior de atendimentos realizados em 16 dias ou mais. As diferenças encontradas quanto ao tempo de espera para o atendimento odontológico entre as regiões, estatisticamente significantes ($p < 0,001$), estão provavelmente associadas à diferença entre os padrões das regiões.

A análise das respostas obtidas na pergunta se 'o usuário já sai com a consulta marcada até o final do tratamento, mostra os menores percentuais de 'sim' para as regiões Norte (48,5%) e Nordeste (49,1%), estabelecendo claramente uma diferença com as demais regiões e reforçando a sugestão de que o atendimento por livre demanda, modelado pela queixa-conduta, ainda prevalece.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL 2010) (BRASIL, 2012B), 38,3% dos entrevistados com idade entre 35 e 44 anos, que já consultaram o dentista pelo menos uma vez na vida, procuraram o serviço público, com o maior percentual para a região Norte (47,75%). Dor (15,8%) e extração (15,3%) foram os principais motivos para a última consulta, atingindo percentual de 25,1% na região Norte e 24,8% na Nordeste. Essa informação complementa e apoia a sugestão de que nessas duas regiões o acesso à saúde bucal ainda tem fortes características de pronto atendimento.

No PMAQ-AB, 38,6% dos usuários que marcaram consulta com o dentista tentaram atendimento na última vez que tiveram alguma urgência na boca. Destes, 87,2% procuraram a própria unidade básica de saúde e 81,7% informaram que foram atendidos na mesma hora, sem consulta marcada.

Usuários das regiões Sul e Sudeste procuraram mais pelo atendimento quando em situação de urgência (42 e 43,9%, respectivamente). Nas regiões Norte e Centro-Oeste, cerca de 20% dos que tiveram problema de urgência não procuraram atendimento, informação que merece ser mais bem estudada. A região Sul possui o menor percentual de pessoas que não procuraram assistência, apenas 9,5%.

Os motivos explicitados pelos respondentes que procuraram outra unidade de saúde para resolver a urgência na boca, estão associados a dificuldades relacionadas à organização da porta de entrada: a unidade não atende urgência (14,4%), não atende sem hora marcada (6,6%) e é preciso chegar cedo para pegar ficha (5,3%); ou a problemas de infraestrutura, como unidade fechada (19,5%) e ausência de dentista (11,3%). Destaca-se que, para as regiões Norte e Centro-Oeste, as dificuldades impostas pela porta de entrada respondem por 62,8% e 64,8%, respectivamente, dos motivos citados. Não foi encontrada diferença significativa entre as regiões ($p=0,441$).

A organização da demanda é reconhecida como um dos 'principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal, (...) em especial nas atividades assistenciais'. O documento que orienta as ações da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família afirma a importância de o setor estar integrado às demais ações desenvolvidas pela equipe e sugere a necessidade de que trabalhadores e usuários discutam a organização da porta de entrada. Define também que a "ordem de chegada não deve ser o critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente" (BRASIL, 2008, P. 21-22).

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

garantam a integralidade do cuidado.

Para Cunha e Campos, tanto a fragmentação como o problema da falta de responsabilidade no ato de cuidar estão relacionados com

um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global). (CUNHA; CAMPOS, 2011, P. 963).

Estar informado sobre a rede de serviços regionais, participar da construção coletiva dos protocolos clínicos, comunicar-se com a equipe e contar com as equipes de apoio matricial são instrumentos que podem auxiliar a ampliação do acesso e da qualidade.

Características dos serviços de saúde bucal em relação aos atributos da Atenção Primária à Saúde

ATRIBUTO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

Analisando as questões selecionadas do Módulo II e relativas ao atributo do acesso de primeiro contato (*tabela 2*), o maior percentual de equipes (50,3%) indicou que as consultas em saúde bucal eram agendadas em qualquer dia e qualquer horário da semana. A segunda opção mais frequente de resposta foi 'outros' (23,1%), no qual o intervalo de marcação praticado é maior que o semanal. Comparativamente, as regiões Sudeste e Sul são aquelas onde a marcação 'a qualquer dia' é maior (64,2 e 57%, respectivamente), enquanto no Nordeste essa possibilidade é menor (35,6%).

O acolhimento à demanda espontânea é realizado por 85,1% das equipes pesquisadas, sendo que somente 43,8% utilizam algum protocolo. Nas regiões Centro-Oeste (24,3%), Norte e Nordeste (17,3%, cada) não se realiza o acolhimento.

Tabela 1. Acesso aos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde segundo os usuários entrevistados no PMAQ-AB. Brasil e regiões, 2012

Variável		Região					Centro Oeste	p
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul		
Qual o tempo de espera para uma consulta nesta UBS? *								<0,001
		33,0	48,5	38,7	19,2	37,0	32,8	
		45,8	39,7	46,0	47,6	43,6	48,4	
		13,2	9,0	10,4	19,1	12,2	10,8	
		8,0	2,8	4,8	14,0	7,2	8,0	
Total	N	26.263	1.478	10.982	7.674	4.718	1.411	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Sai com a próxima consulta marcada até o final do tratamento? *								<0,001
		62,1	51,5	50,9	77,3	64,5	70,5	
		37,9	48,5	49,1	22,7	35,5	29,5	
Total	N	25.842	1.472	10.802	7.513	4.660	1.395	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Na última vez em que teve algum problema de urgência na boca procurou atendimento? *								<0,001
		38,6	38,8	33,9	42,0	43,9	38,2	
		14,2	20,3	14,7	13,9	9,5	21,1	
		47,2	40,9	51,4	44,1	46,6	40,7	
Total	N	26.162	1.473	10.945	7.654	4.683	1.407	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Onde procurou atendimento? **								0,625
		87,2	83,5	85,9	89,2	87,9	85,8	
		4,0	5,8	4,3	3,6	3,2	4,7	
		3,5	5,4	4,5	2,4	2,4	4,1	
		4,6	4,1	4,5	4,0	5,8	5,2	
		0,7	1,2	0,8	0,8	0,7	0,2	
Total	N	10.091	571	3.708	3.218	2.057	537	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? **								0,011
		81,7	70,9	81,2	84,7	81,5	79,0	
		18,3	29,1	18,8	15,3	18,5	21,0	
Total	N	8.803	477	3.186	2.870	1.809	461	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabela 1. (cont.)

Por que não procurou esta unidade de saúde? ***		0,181					
Precisa chegar cedo/pegar ficha		5,3	4,3	5,4	3,2	8,0	6,6
Não atende sem consulta marcada		6,6	11,7	5,4	8,1	6,0	3,9
Não atende urgência		14,4	23,4	13,4	15,9	8,9	21,1
Não tinha dentista		11,3	12,8	14,8	8,1	7,7	11,8
A UBS estava fechada		19,5	10,6	22,3	15,9	21,8	21,1
Outros		42,9	37,2	38,8	49,0	47,6	35,5
Total	N	1.286	94	521	347	248	76
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

* Análise considerando apenas os usuários que responderam afirmativamente quando questionados se conseguem marcar tratamento odontológico nas UBS cadastradas.

** Análise considerando apenas os usuários que responderam que procuraram atendimento odontológico na última vez que tiveram problemas bucais.

*** Análise considerando apenas os usuários que não procuraram a UBS para o atendimento de urgência.

^a Inclui: hospital público; pronto atendimento 24 horas; pronto-socorro 24 horas; CEO.

^b Inclui: hospital particular; clínica particular; consultório particular.

Os dados analisados não permitem qualificar o tipo de acolhimento informado pelos respondentes, embora a informação de que quase metade das equipes não tem protocolo para a ação indique a fragilidade da prática no cotidiano dos serviços.

Souza *et al.* (2008) localizam o acolhimento como um processo baseado no compromisso que os trabalhadores e as instituições estabelecem com o território e as necessidades de saúde. A participação e a negociação são elementos constitutivos desse processo, motivo pelo qual é uma ferramenta potente para produzir mudanças na reorganização das práticas e na qualidade do cuidado prestado em saúde.

Organizar os serviços de saúde bucal de acordo com as necessidades da área adscrita, com pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, com o desenvolvimento de protocolos locais de atenção e com a construção de linhas de cuidado qualificaria o acesso e a integralidade da Atenção em Saúde Bucal.

A realização de ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária

é registrada nesta pesquisa por 50,5% dos entrevistados. No Norte e Nordeste, é menor o número de equipes que desenvolvem a ação, enquanto no Centro-Oeste a taxa está em torno da metade. No Sudeste, o percentual é proporcionalmente maior do que nas demais ($p < 0,001$).

Segundo os dados do SBBrasil 2010, a necessidade de uso de algum tipo de prótese na faixa etária de 35 e 44 anos foi de 68,8% dos examinados e na faixa etária de 65 e 74 foi de 92,7%. Para ambas as faixas, a maior necessidade é de prótese dentária para um maxilar (41,3 e 34,2%, respectivamente) (BRASIL, 2010). Ainda que tenha havido importante crescimento da oferta de laboratórios regionais de prótese (LRPD) na última década, somente 861 municípios tinham implantado tal serviço em 2013 (BRASIL, 2014). A dificuldade dos serviços em garantir a continuidade e a integralidade do tratamento reabilitador é evidenciada pelo baixo percentual (36,2%) de equipes de saúde bucal que informaram ter LRPD no município, o que justifica que só a metade realize busca ativa.

Campanhas para detecção de lesões suspeitas de malignidade e encaminhamento dos casos são ações realizadas por 72,6% das equipes, destacando-se os percentuais das regiões Sudeste (79,9%) e Sul (74,6%), que, por serem superiores às demais regiões, indicam a significância no teste ($p < 0,001$).

Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer,

sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente nas regiões Sudeste (15,48/100 mil) e Nordeste (7,16/100mil). Nas regiões Sul (15,21/100mil) e Norte (3,2/100 mil), o sexto. Para mulheres, é o nono mais frequente nas regiões Sudeste (4,88/100mil) e Nordeste (3,72/100mil). Na região Norte (1,60/100 mil), ocupa a 11ª posição. Na região Centro-Oeste (3,3/100 mil), é o 12º mais frequente, na região Sul (3,09%/100 mil), o 15º (INCA, 2014).

Quando perguntados sobre a existência de fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca, 54,2% dos entrevistados responderam negativamente (*tabela 3*). Existe diferença significativa ($p < 0,001$) entre as regiões. O Sul e o Sudeste estão mais organizados (42,2% e 43,6%), enquanto a região Norte é a que apresenta menor condição de acesso ao paciente com suspeita de câncer de boca (69,0%).

No Brasil, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, a formação dos dentistas ainda centrada nos processos reabilitadores e cirúrgicos dentários e a incipiência de uma rede de cuidado para pacientes com câncer bucal influenciam negativamente tanto a capacidade de diagnóstico precoce, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes, como a construção de fluxos e inserção das equipes de saúde bucal em redes de cuidado oncológico (BIAZEVIC ET AL., 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

ATRIBUTO DA INTEGRALIDADE

Os resultados aqui discutidos incluem a integralidade desde a perspectiva do diagnóstico de necessidades, com base em conceito ampliado de saúde, avaliação de risco e vulnerabilidade, garantia de continuidade do tratamento até o acesso e o acompanhamento aos níveis complementares de cuidado.

A avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é reportada como uma atividade do cotidiano da clínica por 90,5% dos respondentes, com pouca diferença entre os percentuais por região. As equipes do Sul e Sudeste são as que mais realizam a avaliação (92,1% em cada caso). A oferta de vagas definida em função do risco identificado é adotada por 82,9% das equipes, sendo que as equipes do Sudeste se sobressaem em relação às demais quanto à esta prática ($p = 0,022$).

Considerando o elevado percentual de respostas positivas para essas duas questões e a complexidade que envolve o manejo dos critérios de risco e vulnerabilidade no cotidiano dos serviços, sugere-se investigar com mais detalhes a adoção e a extensão desses conceitos no processo de trabalho das equipes. Estudos complementares podem contribuir para a divulgação de experiências em curso e, principalmente, para que se caracterizem as práticas que adotam tais critérios. A adoção da avaliação do risco e da vulnerabilidade é condição necessária para a construção do princípio da equidade e da integralidade do cuidado para além da clínica no seu sentido estrito.

A garantia de agenda pela equipe de Saúde Bucal (EqSB) para a continuidade do tratamento do usuário é referida por 85,8% profissionais respondentes. A pior situação em relação à garantia de agenda é no Nordeste (78,7%), enquanto o Sudeste se diferencia claramente das demais (93,7%), com percentual acima do nacional. Provavelmente daí venha a significância da diferença ($p < 0,001$).

Considerando o alto percentual de usuários que conseguem marcar consulta para

Tabela 2. Distribuição das equipes de saúde bucal entrevistadas no PMAQ-AB segundo características dos serviços em relação ao acesso de primeiro contato. Brasil e regiões, 2012

Variável	Região						p
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Agendamento de consultas							<0,001
A qualquer dia, a qualquer horário	38,2	32,4	26,4	50,5	42,6	41,1	
A qualquer dia, em horários específicos	12,1	16,3	9,2	13,7	14,4	11,0	
Em dias fixos, até três por semana	18,9	22,0	25,8	12,3	17,7	12,1	
Em dias fixos, mais de três por semana	7,7	9,5	10,7	6,0	5,3	3,3	
Outros	23,1	19,7	27,9	17,4	20,0	32,5	
Total	N	12.565	808	4.776	4.044	2.009	928
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Acolhimento à demanda espontânea em saúde bucal							0,441
Sim		85,1	82,7	82,7	89,1	87,7	75,7
Não		14,9	17,3	17,3	10,9	12,3	24,3
Total*	N	12.559	808	4.778	4.038	2.008	927
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Utiliza protocolo de acolhimento à demanda espontânea							<0,001
Sim		43,8	40,3	37,4	52,7	45,4	38,0
Não		56,2	59,7	62,6	47,3	54,6	62,0
Total*	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Promove ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária							<0,001
Sim		50,5	39,3	45,7	58,0	51,4	50,2
Não		49,5	60,7	54,3	42,0	48,6	49,8
Total*	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Realiza campanhas para detecção de lesões e encaminha casos suspeitos de câncer de boca							<0,001
Sim		72,6	59,7	68,6	79,9	74,6	67,9
Não		27,4	40,3	31,4	20,1	25,4	32,1
Total*	N	12.556	808	4.777	4.037	2.008	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

*Questionários com respostas Não sabe/Não respondeu não foram incluídos

o mesmo dia ou dia seguinte e os dados do SBBrazil 2010, que identificam uma grande parcela de pessoas que procuram o serviço para resolver dor e extração, os autores consideram importante associar uma análise de natureza qualitativa para apurar a informação, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Nessas regiões, o número de primeiras consultas odontológicas é baixo, o percentual de acesso em até um dia da procura é alto e onde os motivos de dor e extração são mais expressivos.

Deve-se considerar também que ao responderem sim para a garantia de consulta, os profissionais podem ter incluído as seguintes marcações, que representam uma falsa continuidade: agendamento com intervalos de tempo muito grande, aumentando o absenteísmo e os atendimentos de livre demanda, e as marcações feitas de forma espontânea e irregular pelo usuário, o que não caracteriza a continuidade do cuidado.

Quanto ao registro e o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, 59,1% das equipes relatam executar tais ações. Os piores desempenhos estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (40,7, 51,0 e 52,2%, respectivamente). Apenas o Sudeste e o Sul parecem se preocupar com o registro e o acompanhamento, padrão que difere das demais regiões, o que pode explicar a diferença significativa encontrada ($p < 0,001$).

Em relação à atenção de média complexidade, complementar aos procedimentos da clínica básica, 62,6% responderam existir Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de referência para a equipe. Não houve diferença significativa entre as várias regiões (tabela 3; $p = 0,248$).

Para as equipes com CEO, a existência de protocolos que definem fluxos para a referência e contrarreferência de usuários foi relatada por 78,2%. As regiões com menores percentuais foram o Nordeste e o Norte (71,9 e 77,4%, respectivamente). A solicitação de próteses a partir da unidade básica de saúde é realizada por 35,7% das equipes. As regiões que

apresentaram as menores proporções foram o Norte (25,8%) e o Nordeste (27,4%).

Para o atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, 52% informaram possuir protocolos. As regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram os maiores percentuais (62,4 e 59,1% respectivamente), enquanto o Nordeste teve o menor (43,2%), o que levou à diferença significativa entre as regiões ($p < 0,001$). Os menores percentuais para a presença de protocolos, localizados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, podem estar relacionados à ausência de redes regionalizadas para a referência desses pacientes.

O tempo de espera para consultas de referência nos CEO variou entre as especialidades e as regiões. Para o Brasil, as especialidades de periodontia, cirurgia oral menor, radiologia e pacientes com necessidades especiais têm, proporcionalmente, o menor tempo de espera, pois apresentaram os maiores percentuais no intervalo entre um e quinze dias (34%, 32,1%, 57% e 39,2% respectivamente) (tabela 4).

Para a endodontia, 42,1% da demanda espera até 30 dias pelo atendimento. Entretanto, 20,2% têm o intervalo igual ou maior que 365 dias. Na comparação entre as regiões, observou-se que o Sul e o Sudeste apresentaram os maiores percentuais de espera para o intervalo maior ou igual a 91 dias (46,8 e 47,6% respectivamente). Identificou-se padrão similar para as regiões Sul e Sudeste que diferem das demais ($p < 0,001$). A região Centro-Oeste é a que apresenta maior percentual de tempo de espera de 365 dias ou mais.

O longo tempo de espera pode ser justificado pelo aumento da demanda para a especialidade, gerada pela melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde bucal ao longo da última década. Com a implementação da PNSB, tem-se observado o crescimento gradual do número de CEO, embora insuficiente diante do número de equipes de saúde bucal e do perfil epidemiológico da população. Dados de 2012 mostraram a razão de um Centro de Especialidade para 22,5 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2014).

Tabela 3. Distribuição das equipes de saúde bucal entrevistadas pelo PMAQ-AB segundo características dos serviços em relação à integralidade. Brasil e regiões, 2012

Variável	Região						p
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca							<0,001
Sim	45,8	31,0	35,1	57,8	56,4	38,8	
Não	54,2	69,0	64,9	42,2	43,6	61,2	
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento							0,023
Sim	90,5	87,1	89,7	92,1	92,1	87,8	
Não	9,5	12,9	10,3	7,9	7,9	12,2	
Total *	N	12.556	808	4.776	4.037	2.008	927
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oferta definida em função do risco identificado							0,022
Sim	82,9	80,4	80,9	86,2	82,5	81,5	
Não	17,1	19,6	19,1	13,8	17,5	18,5	
Total	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Garante agenda para a continuidade do tratamento							<0,001
Sim	85,8	85,1	78,7	93,7	85,8	88,1	
Não	14,2	14,9	21,3	6,3	14,2	11,9	
Total *	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Registra e acompanha casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca							<0,001
Sim	59,1	40,7	51,0	69,0	68,9	52,2	
Não	40,9	59,3	49,0	31,0	31,1	47,8	
Total *	N	12.556	808	4.777	4.037	2.008	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência							0,248
Sim	62,6	60,9	58,5	67,8	64,6	52,5	
Não	37,8	39,1	41,5	32,2	35,4	47,5	
Total *	N	12.548	808	4.774	4.033	2.007	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 3. (cont.)

Protocolos para referência e contra referência para CEO ou outro serviço especializado								<0,001
Sim		54,5	50,6	47,2	62,7	60,0	46,5	
Não		45,6	49,4	52,8	37,3	40,0	53,5	
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Protocolos para solicitação de próteses dentárias a partir da UBS								<0,001
Sim		35,7	25,8	27,4	45,3	40,1	35,6	
Não		64,3	74,2	72,6	54,7	59,9	64,4	
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Protocolo para atendimento a portadores de necessidade especiais								<0,001
Sim		52,0	47,1	43,2	59,1	62,4	47,8	
Não		48,0	52,9	56,8	40,9	37,6	52,2	
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

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

*Questionários com resposta Não sabe/Não respondeu não foram incluídos.

Autores como Goes *et al.* (2012), após investigação nos CEOs, concluíram que a oferta das especialidades odontológicas deveria ser revisada, garantindo que aquelas que respondem pela maior demanda, como a endodontia e a prótese dental, estivessem presentes em todos os centros, devendo as demais ser incluídas somente na medida em que as análises locoregionais informassem de sua necessidade.

O acesso para a especialidade de estomatologia está concentrado nas extremidades dos intervalos de espera: 44% aguardam no máximo até 30 dias e 48,3% esperam 365 dias ou mais para conseguir a consulta com o especialista. O Sudeste possui melhor situação que as demais. Na região Sul, o percentual de espera '365 ou mais dias' é maior do que na região Sudeste, diferença a ser destacada ($p < 0,001$). Na região Norte, o

tempo de espera de até 30 dias só responde por cerca de 30% dos casos.

É preocupante a informação de que o acesso ao diagnóstico oral, um procedimento complementar às ações de detecção precoce de lesões suspeitas de malignidade, seja tão demorado e inacessível. Essa situação se agrava nas regiões Norte (63,8%) e Nordeste (56,5%). No Brasil, é a especialidade que apresenta o maior percentual de respostas no intervalo de espera de 365 ou mais dias (48,3%), o que explica, em parte, a confirmação tardia do diagnóstico de câncer bucal no país (BIAZEVIC *ET AL.*, 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Para a periodontia, o tempo de espera entre um e quinze dias predomina nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (44,7%, 46,8% e 30% respectivamente). Já no Sul e no Sudeste, a maior proporção está entre 16

e 30 dias (29,1% e 25,3%), respectivamente, onde $p < 0,001$. Comportamento semelhante foi o da cirurgia oral menor, que só difere da periodontia na região Sudeste, onde a espera de até 15 dias tem maior percentual de respostas (24,4%), com $p < 0,001$.

Nas especialidades de radiologia e atendimento aos pacientes com necessidades especiais, o tempo de espera predominante em todas as regiões é de até 15 dias. Entretanto, um terço das equipes (34,3%) relatou que o tempo de espera para uma consulta para

pacientes especiais, excede a um ano. O grande diferencial acontece no Nordeste, onde há o maior percentual para essa faixa de tempo de espera. A radiologia parece ser um problema para região Sudeste, com 28,2% dos casos demandando 365 dias ou mais. A diferença de padrão de atendimento foi considerada significativa ($p < 0,001$).

Numa avaliação geral, de acordo com os respondentes, os menores tempos de espera no Brasil (até 30 dias) são para as especialidades de radiologia (67,5%), periodontia (59%) e

Tabela 4. Distribuição das equipes entrevistadas no PMAQ-AB segundo tempo de espera para consulta de referência nos CEO. Brasil e regiões, 2012

Especialidade	Região						p
	Brasil (7.805)*	Norte (492)	Nordeste (2.795)	Sudeste (2.735)	Sul (1.297)	Centro Oeste (486)	
Endodontia							<0,001
1 a 15 dias	18,7	25,8	25,6	13,4	11,6	21,4	
16 a 30 dias	23,4	26,8	31,2	17,6	18,1	22,6	
31 a 90 dias	21,4	22,2	20,5	22,2	22,7	17,9	
91 a 364 dias	16,2	8,5	7,3	23,3	25,1	11,7	
365 dias ou mais	20,2	16,7	15,4	23,5	22,5	26,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Periodontia							<0,001
1 a 15 dias	34,0	44,7	46,8	24,9	22,9	30,0	
16 a 30 dias	25,0	22,2	23,9	25,3	29,1	21,4	
31 a 90 dias	14,0	9,3	6,4	19,3	18,4	20,0	
91 a 364 dias	7,1	2,4	1,6	11,2	11,6	8,8	
365 dias ou mais	20,0	21,3	21,3	19,3	17,9	19,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Cirurgia Oral Menor							<0,001
1 a 15 dias	32,1	40,2	43,7	24,4	19,4	34,0	
16 a 30 dias	25,6	22,2	25,8	24,2	29,2	25,3	
31 a 90 dias	14,1	10,4	7,9	19,1	19,3	10,9	
91 a 364 dias	7,4	3,3	1,9	12,1	11,5	4,7	
365 dias ou mais	20,9	24,0	20,6	20,2	20,6	25,1	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabela 4. (cont.)

Estomatologia							0,018
1 a 15 dias	30,7	20,5	30,2	37,0	24,2	26,7	
16 a 30 dias	13,3	10,2	10,2	15,9	15,6	13,4	
31 a 90 dias	4,7	3,3	1,7	6,5	6,5	3,3	
91 a 364 dias	3,0	2,2	1,5	4,2	4,3	2,5	
365 dias ou mais	48,3	63,8	56,5	36,5	47,4	54,1	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Radiologia							<0,001
1 a 15 dias	57,0	58,5	62,2	54,6	49,8	57,3	
16 a 30 dias	10,5	15,8	9,1	10,4	12,4	10,5	
31 a 90 dias	2,9	3,7	1,5	3,5	4,0	3,4	
91 a 364 dias	2,5	2,3	1,0	3,4	4,4	2,5	
365 dias ou mais	27,1	19,8	26,2	28,2	29,4	26,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Pacientes com necessida- des especiais							0,946
1 a 15 dias	39,2	44,1	44,2	34,8	34,5	43,0	
16 a 30 dias	17,3	13,0	14,1	19,1	22,7	15,2	
31 a 90 dias	6,6	5,1	3,4	9,0	9,8	4,7	
91 a 364 dias	2,6	1,4	1,2	3,9	3,6	2,3	
365 dias ou mais	34,3	36,4	37,1	33,2	29,5	34,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

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

*Incluídas somente as EqSB que têm CEO de referência

cirurgia oral menor (57,7%). As especialidades com os maiores percentuais de tempo de espera de 365 dias ou mais são a estomatologia (48,3%), o atendimento aos pacientes especiais (34,3%) e a radiologia (27,1%)

Considerações finais

Os resultados apresentados descrevem e caracterizam aspectos do processo de trabalho das equipes, particularmente sobre o acesso e a integralidade, e as características de acesso relatadas pelos usuários durante a Avaliação Externa. Entretanto, a leitura das informações precisa considerar, nesse caso, tanto o

limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos, em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais que operam simultaneamente no país, como a natureza da coleta que tem nos resultados da Avaliação Externa desdobramentos políticos e financeiros para gestão municipal. Considerar também que os dados se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB e não ao universo das unidades básicas de saúde do país - e que foram incluídos somente os usuários que conseguiram atendimento com o dentista.

Para a maioria das questões analisadas, mesmo considerando as ponderações acima, houve diferença significativa entre as regiões

quanto ao acesso de primeiro contato e à organização dos serviços.

O alto percentual de procura por consulta com o dentista relatado pelo universo dos entrevistados nas unidades básicas de saúde caracteriza a existência de demanda pelo cuidado em saúde bucal. A maior proporção de usuários conseguiu agendamento num intervalo entre dois e quinze dias, o que pode sugerir uma mudança na organização da porta de entrada. Tal tendência não está caracterizada na região Norte, onde o maior percentual de espera é de até um dia, o que sugere o predomínio do pronto atendimento.

A unidade básica de saúde é reconhecida como um importante recurso para os respondentes, dado que a maioria recorreu a ela quando teve alguma urgência na boca, indicando que tem se configurado como o primeiro contato dos usuários em todas as regiões. Entretanto, problemas de infraestrutura e de gestão da porta de entrada ainda são motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços.

Segundo os profissionais, o acolhimento está sendo realizado, mas a maioria não comprova a existência de um protocolo, demonstrando a fragilidade da gestão local sobre o processo de trabalho setorial. Nesse caso, a informação da ausência de protocolo desqualifica diretamente o alto percentual de respostas que referem positivamente a utilização de critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade no atendimento à demanda espontânea.

Há registro de esforços na identificação de grupos preferenciais para realização de diagnóstico precoce de câncer de boca ou para oferta de procedimentos de prótese. Entretanto, evidencia-se a ausência de fluxos preferenciais e de rede complementar estruturada que dê suporte a essas ações. A falta de condições para que as equipes coordenem o acesso aos serviços complementares subtrai a possibilidade da garantia da integralidade

do cuidado clínico. De outra forma, essa situação perpetua uma dívida histórica com os cidadãos, tornando natural a perda de anos de vida, exclusão e sofrimento.

Da mesma forma, devem-se estudar e pensar medidas específicas para produzir mudanças na qualidade do registro e do acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer bucal, particularmente na região Nordeste, onde está a quarta maior taxa estimada de incidência de câncer de boca em homens em 2014 (BRASIL, 2014B).

O alto percentual de respostas afirmativas quanto à garantia da continuidade do tratamento precisa ser mais bem estudado, pois não condiz com os resultados encontrados sobre perfil do agendamento na atenção primária e sobre o acesso a outros níveis de complexidade, particularmente nas regiões Norte e Nordeste.

O acesso à prótese dental é muito limitado. A diretriz de execução da fase clínica nas unidades básicas de saúde não é uma realidade e o acesso das equipes a LRPD ainda é insatisfatório para atender à demanda acumulada no país.

O tempo de espera para as consultas de média complexidade no CEO variou entre as especialidades e as regiões. A endodontia foi a especialidade com maior demanda, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, apresentando percentual de espera igual ou maior a 90 dias.

Os dez anos da Política Nacional de Saúde trouxeram a necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal e dos serviços de média complexidade no país, embora os atributos de acesso e integralidade, avaliados no universo de equipes participantes do ciclo I do PMAQ-AB, estejam longe de ser considerados satisfatórios.

Por fim, reafirma-se que investimentos na qualificação da gestão ou gerência setorial são condição necessária para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção em Saúde Bucal no país. ■

Referências

- ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da Atenção em Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 17)
- _____. 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-AB): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. 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-AB): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 06 maio 2014.
- CALVO, M. C. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.
- CONTARATO, P. C. *Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo*. 2011. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2014.
- GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, suppl., p. s81-s89, 2012.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Acesso e utilização dos serviços de saúde: PNAD 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- _____. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Tipos de Câncer*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 02 mar 2014.
- MAIA, L. S; KORNIS, G. E. M. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos investimentos federais: a experiência fluminense. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-95, jan./mar. 2010.

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

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., ago. 2012 Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz. j. otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 4, aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nr_m=iso>. Acesso em: 02 mar. 2014.

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

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

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve