

Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB

Oral health work process in Primary Health Care: intermunicipal inequalities highlighted by the PMAQ-AB

Márcia Helena Baldani¹, Ana Elisa Ribeiro², Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves³, Rafael Gomes Ditterich⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S110

RESUMO O objetivo deste estudo exploratório foi identificar desigualdades na organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, comparando municípios do Estado do Paraná quanto à condição social, econômica e demográfica. Foram utilizados dados secundários obtidos na etapa de avaliação externa do Programa de Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), referentes aos padrões de certificação de acesso, qualidade e organização do processo de trabalho das equipes. Os municípios foram estratificados segundo o índice proposto pelo programa. Houve ampla participação dos municípios no PMAQ-AB, com predominância de equipes de saúde da família com saúde bucal. Os resultados demonstram desigualdades desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, o que revela a necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB, favorecendo o resgate de competências e habilidades necessárias para a boa gestão da clínica e do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Evidencia-se a necessidade da qualificação da gestão, com apoio federal e estadual, principalmente aos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. É importante que a regionalização seja efetiva, e que a rede de atenção à saúde bucal seja organizada de forma equânime, para incluir esses municípios.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT The objective of this exploratory study was to identify inequalities in the organization of the work process of Oral Health Teams in the Family Health Strategy, comparing municipalities of the Paraná State, Brazil, regarding social, economic and demographic conditions. We used secondary data obtained in the external evaluation stage of the National Program of Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB), referring to the certification standards for access, quality, and organization of the work process of the teams. The municipalities were stratified according to the index proposed by the program. We observed wide participation of the municipalities in the program, with predominance of family health teams with oral health. The results show

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1310-6771>
marciabaldani@gmail.com

²Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6746-3585>
anaribeiro0@hotmail.com

³Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7590-2349>
jessicarodriguesdasilva@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8940-1836>
rafaelditterich@yahoo.com.br



inequalities, unfavorable to the smaller and poorer municipalities, which reveals the need to understand the role of management as a supporter of the Oral Health Teams, favoring the rescue of skills and abilities necessary for the good governance of the clinic and of care in PHC. There is evidence of the need for management qualification, with federal and state support, mainly to smaller municipalities and with a low response capacity of health systems. It is important that regionalization be effective, and that the oral health care network be organized in an equitable way to include those municipalities.

KEYWORDS *Dental health. Primary Health Care. Process assessment (health care).*

Introdução

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro, com consequências para a saúde da população, em especial, para a saúde bucal¹⁻³. A determinação social da saúde tem sido amplamente demonstrada por estudos conduzidos nos mais diferentes países, independentemente da natureza, abrangência e eficiência dos respectivos sistemas de saúde^{4,5}. Indivíduos nos piores estratos socioeconômicos apresentam menores chances de utilizar serviços de saúde e são mais propensos a possuírem necessidades de saúde não supridas⁶. Além disso, o gradiente social é ampliado quando esses indivíduos são cobertos por serviços de saúde que não estão adequadamente organizados para suprir tais necessidades⁷.

As discussões acerca da saúde das populações, principalmente daquelas em piores condições sociais ou vivendo em regiões menos desenvolvidas, têm levado à organização de sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) explicitados na conferência de Alma Ata em 1978⁸. No Brasil, as recomendações da conferência refletiram no Movimento pela Reforma Sanitária e culminaram representadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição de 1988⁹.

A APS pode ser definida como o primeiro nível de atenção dentro de um sistema de saúde⁸. Na configuração das Redes de Atenção, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde dos usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede¹⁰.

Estudos demonstram que um grau elevado desses atributos da APS está relacionado com maior efetividade e equidade na atenção à saúde¹¹ e indicam que sistemas de saúde com forte orientação na APS apresentam maiores possibilidades de ampliar a saúde da população, com distribuição mais equânime, além de acarretar maior economia no uso de recursos^{11,12}.

Desde o final dos anos 1990, um dos principais objetivos do Ministério da Saúde tem sido organizar a APS no âmbito do SUS, denominada atenção básica, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como seu eixo orientador.

Lançada como política indutora em 1996 com o nome de Programa Saúde da Família, a ESF compõe uma fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB), que é o recurso transferido diretamente da União para os municípios¹³. Assim como outros programas, a ESF segue uma estrutura de princípios, regras e incentivos positivos para o desenvolvimento de ações que fortaleçam a APS¹⁴. Em consonância, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a partir do início de 2001, e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, em 2004, tiveram por objetivo incentivar a substituição do antigo modelo de prestação de serviços públicos odontológicos, estendendo as possibilidades de acesso à população a todos os níveis de complexidade^{15,16}. Para ampliar as oportunidades, desde 2004, o Ministério da Saúde adota uma política de incentivos diferenciados para a ESF e para as ESB em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e pequeno porte populacional¹³.

Desde a regulamentação da ESF e das ESB, houve ampliação quantitativa e geográfica da cobertura no País, e sua legitimação institucional no âmbito do SUS foi verificada a partir da crescente adesão dos gestores municipais à proposta, além do aumento do volume de recursos destinados a ela. Esse padrão inicial de adesão acelerada dos municípios de pequeno porte, que possuíam poucos recursos e baixa ou nenhuma capacidade instalada, é indício de capacidade redistributiva da estratégia^{13,17}.

A expansão da ESF, vinculada ao credenciamento de equipes independentemente de resultados, passou a requerer políticas indutoras da qualificação tanto da estrutura quanto da atenção ofertada. Com isso, a partir de 2012, foi instituído, entre outras ações da Política Nacional de Atenção Básica¹⁸, o componente de qualidade do PAB variável, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), vinculando o

repasso de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade a serem atingidos pelas equipes¹⁹.

A adesão ao PMAQ-AB é voluntária, e o município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade, bem como adequar-se às exigências de informação e monitoramento, e desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. Os recursos repassados devem ser utilizados para o custeio da atenção básica, naquilo que o município julgar necessário²⁰. Visando à equidade, a certificação das equipes participantes do PMAQ-AB ocorre dentro de estratos socioeconômicos e demográficos dos municípios, a partir de desvios-padrão acima e abaixo da média de cada dimensão de análise²¹.

No primeiro ciclo avaliativo (2011-2012), 71,3% dos municípios brasileiros participaram do PMAQ-AB, e a adesão chegou a 93,6% no segundo ciclo (2013-2014) e a 95,6% no terceiro ciclo (2015-2017). No segundo e terceiro ciclos, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são as unidades de atenção especializada que compõem o Brasil Sorridente, também foram avaliados em um programa semelhante denominado PMAQ-CEO²².

Vinte e dois anos após o início da implementação, inúmeras evidências apontam para um impacto positivo da ESF, orientada pelos atributos da APS, sobre indicadores de saúde da população e sobre a redução de desigualdades em saúde^{11,14,23}. Apesar da implantação dos CEO culminar na ampliação do acesso às ações especializadas²⁴, é possível observar uma situação semelhante com indicadores de saúde bucal após a implementação do Brasil Sorridente, porém ainda em menor escala¹⁶.

No caso da saúde bucal, o menor impacto pode ser atribuído à dificuldade em mudança de modelo de atenção, mesmo com a implementação das ESB e dos demais pontos de suporte previstos na PNSB²⁵⁻²⁸. Contudo, a integralidade almejada, entendida como a comunicação entre diferentes níveis de

atenção, requer a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Tal utilização pode ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como a relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e a capacidade dos usuários para superar tais dificuldades²⁹.

Além disso, tem sido observada ampla variação na provisão e acesso aos serviços odontológicos entre os municípios, o que suscita dúvidas quanto à adequação do processo de trabalho das equipes e da qualidade do cuidado oferecido aos usuários³⁰. Partindo da hipótese de que a condição social, demográfica e econômica dos municípios pode afetar diretamente a oferta e a provisão dos cuidados em saúde³¹, este estudo tem por objetivo identificar, entre os padrões de qualidade do segundo ciclo do PMAQ-AB, as desigualdades intermunicipais na organização do processo de trabalho das ESB na ESF.

Material e métodos

Foi delineado um estudo transversal exploratório, utilizando dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB (2013-2014) disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O universo da pesquisa foram as ESB da ESF que aderiram ao programa e que passaram pela etapa de avaliação externa no estado do Paraná. Com o objetivo de controlar as diferenças na oferta e provisão de serviços relacionadas com as políticas de saúde estaduais, optou-se por selecionar apenas os municípios de um único estado. Com isso, procurou-se garantir que todas as ESB selecionadas como amostra deste estudo estivessem sujeitas às mesmas diretrizes programáticas no âmbito do Estado e da União.

Localizado na região Sul, o Paraná é um dos estados de maior importância econômica do País. No entanto, apresenta intensas desigualdades socioeconômicas entre seus 399 municípios³². Semelhantemente ao que ocorre no nível nacional, a grande maioria

dos municípios do Paraná é de pequeno porte demográfico. Em 2014, 50,1% dos municípios apresentava população menor do que 10 mil habitantes, e apenas 5% deles possuía mais de 100 mil habitantes, sendo apenas um com mais de 500 mil, e a capital, Curitiba, com população próxima a 1,8 milhão de habitantes.

Em 2013, ano da adesão dos municípios, havia 1.883 equipes de atenção básica no Paraná (ESF e equipes parametrizadas), sendo que 1.712 (90,9%) destas, localizadas em 373 municípios, realizaram a contratualização para o PMAQ-AB. A rede de atenção odontológica contava, na época, com 1.247 com 1.247 ESB (da ESF ou parametrizadas), 50 CEO, 55 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de serviços de alta complexidade, sistemas de apoio diagnósticos e universidades. Entre as ESB, 1.218 (97,7%) haviam aderido ao programa em 86,5% dos 357 municípios que possuíam essas equipes.

Do total de ESB contratualizadas no Paraná, 1.017 efetivamente participaram da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, e 201 (16,5%) assinaram termo de desistência. Já no que se refere à atenção especializada, o PMAQ-CEO avaliou os 50 CEO existentes no estado, sendo que estes concentravam-se em 38 municípios, na sua maioria nas grandes cidades do Paraná²⁶.

Para este estudo, a identificação da modalidade de atuação da equipe foi obtida a partir do Módulo V, relativo à estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), em questão que apresentava três opções de resposta: ESB modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal), ESB modalidade II (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal) e ESB parametrizada (soma carga horário de trabalho de cirurgiões-dentistas na UBS igual a 40 horas semanais)³³. Apenas as ESB modalidade I e II foram incluídas na amostra final.

Na avaliação externa, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das ESB a partir de um instrumento contendo padrões estabelecidos

de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que orientam a atenção à saúde bucal²⁵. Para configurar o processo de trabalho das equipes, foram selecionadas variáveis do Módulo VI do instrumento de coleta de dados, que constava de entrevista com profissional da ESB (cirurgião-dentista ou técnico/auxiliar em saúde bucal) e verificação de documentos na unidade de saúde. A avaliação externa foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior do estado, as quais coordenaram equipes de entrevistadores calibrados que deveriam entrevistar os profissionais utilizando formulários validados, registrar as respostas em *tablets* e analisar os documentos comprobatórios quando o instrumento assim o solicitava. Aos participantes, era apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar.

A certificação das equipes foi realizada a partir de um conjunto de critérios avaliados; e a pontuação final foi distribuída entre: autoavaliação (10%), monitoramento de indicadores de desempenho (20%) e avaliação

externa (70%)²⁵. A matriz de pontuação da avaliação externa foi composta por cinco dimensões, com pontuações e pesos distintos: a) Dimensão I – gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica; b) Dimensão II – estrutura e condições de funcionamento da UBS; c) Dimensão III – valorização do trabalhador; e) Dimensão IV – acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; f) Dimensão V – acesso, utilização, participação e satisfação do usuário²⁵.

Para o presente estudo, foram selecionados como variáveis de desfecho os padrões de certificação da Dimensão IV, que correspondem a 50% da pontuação final na avaliação externa. As perguntas que compõem essa dimensão, bem como as respostas que receberam a maior pontuação para o padrão, estão apresentadas no *quadro 1*. Além dessas, outras questões foram examinadas, para fins de análise da oferta de serviços especializados na rede: 1 – ‘Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual(is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde?’; e 2 – ‘A atenção básica no município oferta algum tipo de prótese dentária?’.

Quadro 1. Questões selecionadas como variáveis do estudo, dimensão para certificação da avaliação externa, classificação e maior pontuação do padrão. Avaliação externa do PMAQ, 2º ciclo, Módulos V e VI – Equipes de Saúde Bucal, Paraná, 2014

Categoria	Pergunta	Classificação do padrão	Resposta que recebeu a maior pontuação para o padrão
<i>Dimensão de certificação IV: Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho</i>			
População de referência	ESB atua em quantas ESF?	Estratégico	ESB atua em uma ESF
Planejamento das ações da ESB	ESB realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Estratégico	Sim, juntamente com a ESF
	ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	Estratégico	Sim
	A gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde?	Geral	Sim
	Foi realizado algum processo de auto avaliação pela ESB nos últimos 6 meses?	Essencial	Sim
	ESB participa de reuniões da ESF?	Geral	Sim
Organização da agenda da ESB	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	Geral	Consultas odontológicas de demanda espontânea e agendada
	A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento?	Geral	Sim

Quadro 1. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?	Essencial	Sim
	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?	Essencial	Sim
	Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha odontológica?	Essencial	Sim
	Existe prontuário eletrônico implantado?	Estratégico	Sim
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	Estratégico	Sim
	Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	Estratégico	O paciente sai com a consulta agendada/a consulta é marcada pela UBS e a data informada ao paciente
	A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção?	Estratégico	Sim
	Quais dos seguintes procedimentos a ESB realiza na UBS?*	Estratégico	Uma pontuação é computada a cada procedimento realizado
Atenção à Saúde Bucal**	A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	Geral	Sim
	A ESB realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?	Geral	Sim
	A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca?	Geral	Sim
	A ESB utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?	Estratégico	Sim
	A ESB promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?	Essencial	Sim

* Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, remoção de dentes impactados, frenectomia, remoção de cistos, acesso à polpa dentária, aplicação tópica de flúor, exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente, restauração de amálgama, restauração de resina composta, restauração em dente decíduo, pulpotomia, raspagem/alisamento/polimento supragengival, tratamento de alveolite, ulotomia/ulectomia, cimentação de próteses, outros (não pontua).

** Inclui as dimensões: saúde da mulher e da criança, câncer de boca, prótese dentária e visita domiciliar/cuidado no domicílio.

As condições socioeconômicas e demográficas dos municípios foram aferidas a partir de um índice elaborado pelo Ministério da Saúde para a certificação equânime das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, compondo seis estratos de certificação³³. O índice tem pontuação variando de zero a dez e é composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. Os estratos foram organizados segundo critérios de pontuação alcançada e população, e aplicados a todos os municípios brasileiros:

a) Estrato 1 (E1) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes;

b) Estrato 2 (E2) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes;

c) Estrato 3 (E3) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;

d) Estrato 4 (E4) – municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;

e) Estrato 5 (E5) – municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes;

f) Estrato 6 (E6) – municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Os dados relativos aos estratos de certificação dos municípios do Paraná no segundo ciclo do PMAQ-AB compuseram a variável explicativa do estudo, e foram obtidos no sítio eletrônico do PMAQ-AB (http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php). Para fins de análise, a variável foi organizada em três categorias, agregando os estratos dois a dois. Os municípios com ESB que efetivamente participaram da avaliação externa pertenciam, em sua maioria, ao estratos E1 e E2 (57,0%), seguidos dos estratos E2 e E3 (35,6%). Nos estratos E5 e E6, foi alocado o menor número de municípios (9,3%).

As diferenças na distribuição das respostas das equipes entre os estratos socioeconômicos e demográficos dos municípios foram verificadas com os testes qui-quadrado e exato de Fisher, adotando um nível de significância de 5%. A medida de efeito adotada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Os dados obtidos foram analisados no *software* Stata 11.1.

O processo de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB no estado do Paraná compôs um projeto de pesquisa coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição sob o número 02040212.1.0000.5240.

Resultados

Das 1.017 ESB que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Paraná,

65,2% eram ESB modalidade I, 32,2% modalidade II e 2,6% parametrizadas. Foram excluídas as 26 equipes parametrizadas, além de duas equipes para as quais não havia informação sobre a modalidade no banco de dados oficial.

A amostra final foi composta por 989 ESB, distribuídas nos grupos de estratos de certificação dos municípios: 29,2% no grupo E1/E2, 32,0% no grupo E3/E4 e 38,7% no grupo E5/E6. Os profissionais que responderam ao Módulo VI eram, em maioria, cirurgiões-dentistas (94,5%), com formação complementar (72,6%), ingressaram no serviço por concurso público (90,0%), atuavam na ESB há três anos ou mais (69,2%), e referiram que participavam de educação permanente (90,4%).

A *tabela 1* mostra as características das ESB. A maioria foi classificada como modalidade I (66,8%) e informou atuar em uma única ESF (78,2%). Houve maior proporção de equipes modalidade II, que contam com técnicos em saúde bucal, nos municípios do grupo E5/E6, com melhores indicadores socioeconômicos e maior população. Em contrapartida, foram esses municípios os que mais apresentaram ESB atuando em duas ou mais ESF, com maior população adscrita.

Em relação ao planejamento das ações, mais da metade das equipes afirmaram que não realizam mensalmente e em conjunto com a ESF (55,5%). Porém, a maioria relatou que realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal (63,60%), procedeu à autoavaliação nos 6 meses anteriores à avaliação externa (61,17%) e participa das reuniões da ESF (89,18%). Em todos os padrões avaliados nessa categoria, observou-se que os melhores resultados foram relatados pelas ESB que atuam nos municípios do grupo E5/E6 – *tabela 1*.

Tabela 1. Composição das Equipes de Saúde Bucal (ESB), população de referência e características da organização do processo de trabalho. Análise bivariada segundo estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989)

Item avaliado	Total de ESB	%	Por estrato do município (%)			p
			E1/2	E3/4	E5/6	
Composição da ESB						
ESB Modalidade I	661	66,8	74,7	71,0	57,4	<0,001
ESB Modalidade II	328	33,2	25,3	29,0	42,6	
População de referência						
Proporção ESB/ESF						
ESB atua em uma ESF	773	78,2	86,2	86,1	65,5	<0,001
ESB atua em duas ESF ou mais	216	21,8	13,8	13,9	34,5	
Planejamento das ações da ESB						
Realiza planejamento e programação mensal de ações, em conjunto com a ESF:						
Sim	440	44,5	29,8	44,2	55,9	<0,001
Não	549	55,5	70,2	55,8	44,1	
Realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal						
Sim	629	63,6	57,4	61,5	70,0	0,002
Não	360	36,4	42,6	38,5	30,0	
Gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde						
Sim	727	73,5	68,9	69,1	80,7	<0,001
Não	262	26,5	31,1	30,9	19,3	
Foi realizado processo de autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses						
Sim	605	61,2	48,8	59,9	71,5	<0,001
Não	384	38,8	51,2	40,1	28,5	
ESB participa de reuniões da ESF						
Sim	882	89,2	83,4	85,5	96,6	<0,001
Não	107	10,8	16,4	14,5	3,4	
Organização da agenda da ESB						
Agenda de atendimento clínico da equipe garante:						
Consultas de demanda espontânea e agendadas	904	91,4	91,0	89,9	92,9	0,345
Apenas consultas agendadas OU apenas demanda espontânea	85	8,6	9,0	10,1	7,1	
ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento						
Sim	913	92,3	90,7	91,5	94,3	0,177
Não	76	7,7	9,3	8,5	5,7	

Tabela 1. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS						
Ficha clínica odontológica armazenada no prontuário da família						
Sim	244	24,7	18,0	12,0	40,2	<0,001
Não	745	75,3	82,0	88,0	59,8	
Prontuários organizados por núcleos familiares						
Sim	202	20,4	9,0	11,0	36,8	<0,001
Não	787	79,6	91,0	89,0	63,2	
Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica						
Sim	962	97,3	95,5	98,1	97,9	0,089
Não	27	2,7	4,5	1,9	2,1	
Existe prontuário eletrônico implantado						
Sim	379	38,3	22,5	24,9	61,4	<0,001
Não	610	61,7	77,5	75,1	38,6	

Na *tabela 1*, observa-se que a grande maioria das ESB organiza a agenda para atender demanda espontânea e programada (91,4%), oferece ao usuário oportunidade de agendamento para a continuidade do tratamento odontológico (92,3%) e possui um modelo-padrão de ficha clínica odontológica (97,3%), sem diferenças entre os estratos de municípios. Contudo, observa-se que apenas pequena proporção de ESB organiza os prontuários por núcleos familiares (20,4%) ou armazena a ficha clínica odontológica no prontuário da família (24,7%), com maiores proporções entre as ESB de municípios com melhores condições socioeconômicas e maior população.

As características da coordenação do cuidado na rede de atenção estão apresentadas na *tabela 2*. Nota-se que 88,2% das ESB informaram haver oferta de consultas especializadas e que mantêm registros dos usuários encaminhados (86,1%). Para a maioria das equipes, o agendamento da consulta com o especialista é gerenciado na própria Unidade de Saúde (69,1%), com maiores proporções nos

estratos E5/E6. Entretanto, em todos os estratos observou-se que algumas ESB não possuem serviço de referência definido ao realizarem o encaminhamento (3,3%).

No tocante à Atenção à Saúde Bucal (*tabela 2*), verifica-se que a maioria das ESB realiza ações relacionadas com a rede materno-infantil, como acompanhamento de gestantes (92,21%) e atendimento de crianças de até 5 anos de idade (96,26%). Entretanto, ações voltadas a outros grupos etários, como adultos e idosos, aparecem em menor proporção: 53,4% das ESB não possuem registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca e 44,9% não realizam ações para identificar usuários que necessitem de próteses dentárias. Além disso, apenas a metade das ESB informou possuir protocolo definido para orientar visitas domiciliares (55,1%). Novamente, observa-se a tendência de que maiores proporções de respostas positivas aos padrões de certificação sejam encontradas entre as equipes dos municípios com melhores condições socioeconômicas e maior porte demográfico.

Tabela 2. Características das Equipes de Saúde Bucal (ESB) quanto à coordenação do cuidado e atenção à saúde bucal. Análise bivariada segundo estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989).

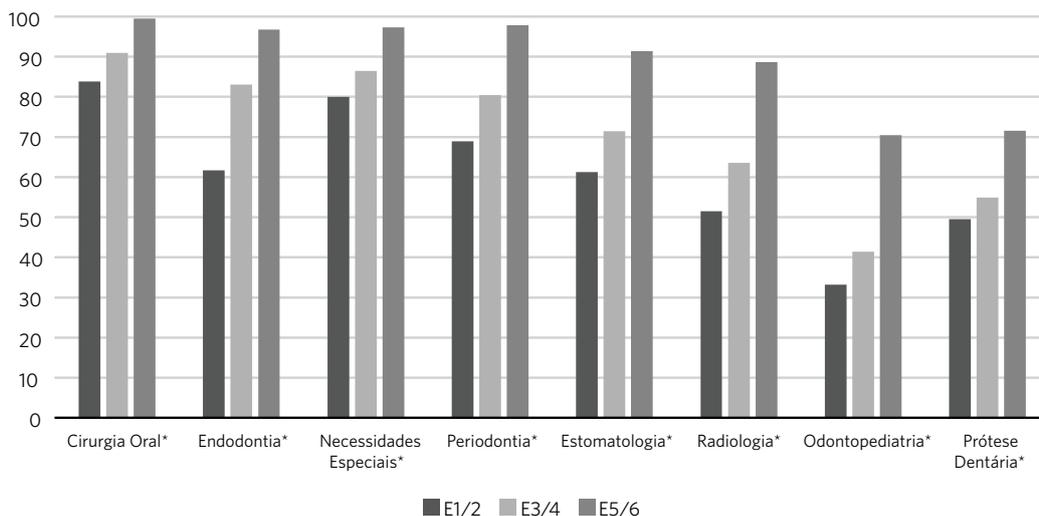
Item avaliado	Total de ESB	%	Por estrato do município (%)			p
			E1/2	E3/4	E5/6	
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade						
A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas						
Sim	872	88,17	81,31	83,91	96,87	<0,001
Não	117	11,83	18,69	16,09	3,13	
Forma de encaminhamento de usuários para consultas especializadas ^a :						
Sai com a consulta agendada OU a consulta é marcada pela UBS e informada ao paciente ^a	603	69,15	71,49	60,90	73,58	0,002
A consulta é marcada pelo paciente: na central de marcação da SMS OU recebe ficha de encaminhamento e deve agendar junto ao serviço especializado ^a	403	46,22	46,38	61,65	35,04	<0,001
O paciente recebe ficha de encaminhamento, mas não há serviço ou profissional determinado OU não há percurso definido ^a	29	3,33	4,68	1,88	3,50	0,211
A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção						
Sim	751	86,12	77,02	85,71	92,18	<0,001
Não	121	13,88	22,98	14,29	7,82	
De um total de 17 procedimentos listados, quantos são realizados pela ESB na UBS						
> 75% a 100% dos procedimentos	497	50,25	39,79	47,63	59,01	<0,001
Até 75% dos procedimentos listados	492	49,75	60,21	52,37	40,99	
Atenção à Saúde Bucal						
A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas						
Sim	912	92,21	86,85	91,17	97,13	<0,001
Não	77	7,79	13,15	8,83	2,87	
A ESB realiza atendimento em crianças de até cinco anos de idade						
Sim	952	96,26	95,50	93,38	99,22	<0,00 ^b
Não	37	3,74	4,50	6,62	0,78	
A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca						
Sim	461	46,61	31,14	39,75	63,97	<0,001
Não	528	53,39	68,86	60,25	36,03	
A ESB utiliza protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar ^c						
Sim	410	54,81	45,99	54,02	60,24	0,007
Não	338	45,19	54,01	45,98	39,76	
A ESB promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária						
Sim	545	55,11	46,37	57,73	59,53	0,002
Não	444	44,89	53,63	42,27	40,47	

^a Total: 872 equipes (respostas múltiplas); ^b Teste de Fisher - casela com N < 5; ^c Total: 748 equipes que realizam visita domiciliar.

Entre os serviços ofertados pela ESB na Unidade de Saúde, apenas 50,2% informaram que realizam a maioria dos procedimentos listados no instrumento de avaliação. Os procedimentos mais realizados (com 98% de frequência ou mais) são: aplicação tópica de flúor, restaurações de dentes decíduos e exodontias de dentes decíduos e permanentes. Analisando a distribuição desses procedimentos entre os estratos de municípios, não se observam diferenças estatisticamente significantes (resultados não apresentados nas tabelas). Maiores proporções de equipes que realizam restaurações em dentes permanentes, drenagem de abscessos e acesso à câmara pulpar, tratamento de alveolite e pulpotomias foram localizadas nos municípios do grupo E5/E6 (resultados não apresentados nas tabelas).

Informações complementares quanto aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção do município estão apresentadas no gráfico 1. Nota-se que todas as especialidades foram indicadas pelas ESB, com menor prevalência para a Odontopediatria e Prótese Dentária. As especialidades referidas por mais de 80% das ESB nos grupos E3/E4 e E5/E6 foram Cirurgia Oral, Endodontia, Necessidades Especiais e Periodontia. Para o grupo E1/E2, foram Cirurgia Oral e Necessidades Especiais. Observa-se o gradiente socioeconômico entre os estratos de municípios, sendo que as maiores diferenças, quando se comparam os grupos E1/E2 com E5/E6, manifestam-se para a referência em Endodontia, Radiologia e Odontopediatria.

Gráfico 1. Distribuição das especialidades ofertadas na rede de atenção, segundo o estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ - AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989)



*Teste qui-quadrado (p < 0,001).

Na *tabela 3*, são apresentadas as razões de prevalência brutas, com intervalos de confiança de 95%, para a composição das equipes e padrões da dimensão de avaliação do processo de trabalho entre os três grupos de estratos dos municípios. O que se observa é que as associações identificadas nas tabelas 2 e 3 ocorrem principalmente quando se comparam as proporções do grupo E1/E2 em relação ao grupo E5/E6 para a maioria das variáveis, com as maiores diferenças evidenciadas em relação à orientação familiar na organização dos prontuários, adoção de prontuário eletrônico e manutenção de registros de pacientes suspeitos ou confirmados com câncer de boca, em favor dos estratos mais favorecidos. No entanto, as ESB desses estratos tendem a apresentar maior

população adscrita do que as equipes do estrato mais baixo (E1/E2).

Comparando com as equipes do grupo de pior condição socioeconômica e menor porte populacional (E1/E2), verifica-se que maiores proporções de ESB dos municípios do grupo intermediário (E3/E4) relataram planejamento e programação mensal em conjunto com a ESF e autoavaliação nos 6 meses anteriores à avaliação externa, mantêm registro dos encaminhamentos e desenvolvem ações relacionadas com o câncer bucal e próteses dentárias. Todavia, menores proporções de equipes nesse grupo realizam o agendamento do usuário para os serviços especializados a partir da própria Unidade de Saúde em comparação ao grupo E1/E2 – *tabela 3*.

Tabela 3. Razões de Prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) da composição das ESB e características da organização do processo de trabalho, segundo o estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989).

Item avaliado ^b	E1/2 ^a	Estratos dos municípios			
		E3/4		E5/6	
		RP	(IC95%)	RP	(IC95%)
Composição da ESB					
ESB Modalidade II	1,00	1,03	(0,97;1,08)	1,14	(1,08;1,20)
População de referência					
ESB atua em uma ESF	1,00	0,99	(0,93;1,07)	0,76	(0,70;0,83)
Planejamento das ações da ESB					
ESB realiza planejamento e programação mensal de ações, em conjunto com a ESF	1,00	1,48	(1,19;1,84)	1,88	(1,54;2,29)
ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal	1,00	1,07	(0,94;1,22)	1,22	(1,08;1,37)
A gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde	1,00	1,01	(0,90;1,12)	1,17	(1,07;1,28)
Foi realizado processo de autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses	1,00	1,23	(1,06;1,42)	1,47	(1,28;1,68)
A ESB participa de reuniões da ESF	1,00	1,02	(0,96;1,10)	1,16	(1,10;1,22)
Organização da agenda da ESB					
A agenda da equipe garante consultas de demanda espontânea e agendadas	1,00	1,12	(0,68;1,84)	0,78	(0,47;1,31)
A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento	1,00	1,01	(0,96;1,06)	1,04	(0,99;1,09)

Tabela 3. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS					
A ficha clínica odontológica é armazenada no prontuário da família	1,00	0,67	(0,45;0,98)	2,23	(1,70;2,94)
Os prontuários são organizados por núcleos familiares	1,00	1,23	(0,76;1,99)	4,09	(2,77;6,04)
Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha odontológica	1,00	1,03	(0,99;1,06)	1,02	(0,99;1,05)
Existe prontuário eletrônico implantado	1,00	1,11	(0,83;1,48)	2,73	(2,17;3,43)
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade					
A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas	1,00	1,03	(0,96;1,11)	1,19	(1,12;1,26)
O usuário sai com a consulta agendada OU a consulta é marcada pela UBS e informada a ele	1,00	0,85	(0,75;0,96)	1,03	(0,93;1,14)
A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	1,00	1,11	(1,02;1,21)	1,20	(1,11;1,29)
De um total de 17 procedimentos listados, a ESB realiza entre 75% a 100% deles	1,00	1,06	(0,99;1,11)	1,14	(1,08;1,19)
Atenção à Saúde Bucal					
A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas	1,00	1,05	(0,99;1,11)	1,12	(1,06;1,17)
A ESB realiza atendimento em crianças de até cinco anos de idade	1,00	0,98	(0,94;1,02)	1,04	(1,01;1,07)
A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca	1,00	1,27	(1,02;1,59)	2,05	(1,70;2,48)
A ESB utiliza protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar	1,00	1,17	(0,96;1,43)	1,31	(1,10;1,56)
A ESB promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária	1,00	1,25	(1,06;1,45)	1,28	(1,11;1,49)

*ESB - Equipes de Saúde Bucal; a Categoria de referência da variável dependente; b Categorias de referência das variáveis explicativas (0 = não; 1 = sim).

Discussão

Nas últimas décadas, pesquisadores e formuladores de políticas públicas voltaram suas prioridades ao estudo e organização de sistemas de saúde que tenham por objetivo a redução de iniquidades. Com isso, o interesse se voltou a dois temas emergentes: a APS e os determinantes sociais da saúde¹². Sistemas de saúde orientados pela APS impactam positivamente a saúde e a equidade em saúde; e quanto mais forte a presença de seus atributos, melhores os resultados alcançados¹¹. No entanto, modelos teóricos formulam que, além das características próprias como estrutura e práticas, o desempenho dos sistemas de saúde está sujeito a determinantes contextuais³⁴.

Este estudo demonstrou que, no Paraná, ESB que participaram do PMAQ-AB apresentaram desempenhos diferentes quanto à organização do processo de trabalho. Mesmo submetidas às mesmas diretrizes federais e políticas de saúde estaduais, a condição social, demográfica e econômica dos municípios associou-se com o desempenho das ESB, principalmente ao comparar os municípios dos estratos mais altos e mais baixos do índice utilizado. Miclos et al.³⁵ analisaram dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB e indicadores obtidos no Sistema de Informação do SUS. Verificaram alto percentual de ineficiência dos municípios de pequeno porte em relação aos demais portes populacionais. Investigando informações sobre oferta de

procedimentos preventivos em saúde bucal no mesmo banco de dados, Neves et al.³⁶ encontraram resultados semelhantes, desfavoráveis aos municípios de pequeno porte populacional e baixo IDH.

No âmbito do SUS, o município é o responsável pela oferta de serviços de saúde na APS, o que resulta em uma ampla diversidade de modelos de atenção de acordo com seu contexto e prioridades, impactando diretamente nos resultados para a população³⁵. O repasse da gestão da política de saúde para os municípios tem esbarrado em dificuldades como a precariedade das estruturas administrativas e a capacidade de arrecadação fiscal¹³. Com relação aos de menor porte, deve-se considerar algumas características como rotatividade de profissionais nas equipes, cobertura de extensas áreas rurais e particularidades nas condições de trabalho³⁵. No que concerne à saúde bucal, a implantação de ESB também encontra dificuldades em romper com elementos do modelo tradicional¹³.

A avaliação de desempenho é um parâmetro importante para a elaboração de políticas que visem garantir acesso e qualidade à população, e deve ocorrer em todos os níveis de organização, inclusive o local³⁵. A autoavaliação das equipes constitui um dos pactos da etapa de desenvolvimento do PMAQ-AB. Apesar disso, pouco mais da metade a realizou. Em comparação com os municípios dos estratos mais favorecidos, o relato de autoavaliação pelas ESB dos municípios nos estratos E1 e E2 foi 47% menor.

Para Cecílio³⁷, a gestão do cuidado se define como a provisão das tecnologias de saúde aos indivíduos de acordo com suas necessidades, organizando-se em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. O PMAQ-AB busca avaliar a gestão do cuidado na sua dimensão organizacional, que se realiza nos serviços de saúde e tem foco no processo de trabalho. No caso da APS, este se traduz em trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação na rede de

atenção, definição de fluxos e regras de atendimento e dispositivos compartilhados de trabalho como agendas e protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento e avaliação³⁷.

Um serviço de saúde pode ser considerado provedor de APS quando apresenta quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação da atenção), aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também outros atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural)⁸.

Este estudo identificou elevadas proporções de respostas positivas à maioria dos padrões de desempenho da Dimensão IV, favoráveis aos atributos da APS. Os resultados positivos quanto à organização da agenda refletem os atributos de acesso ao primeiro contato e à continuidade. No entanto, observa-se dificuldade em romper com os padrões tradicionais que podem comprometer a integralidade, o que se verifica nas baixas proporções de equipes que planejam em conjunto com os demais profissionais da ESF, que monitoram indicadores, e que dirigem ações a adultos e idosos como as relacionadas com o registro do câncer bucal e identificação de necessidade de prótese.

Ainda quanto à integralidade, as dificuldades também se verificam nos registros de procedimentos realizados: a grande maioria das ESB realiza procedimentos preventivos e exodontias, sem diferença entre os estratos socioeconômicos, sendo que procedimentos de maior resolutividade, como restaurações de dentes permanentes, por exemplo, foram mais frequentes nos municípios dos estratos E5/E6. Além disso, observou-se dificuldade da organização do trabalho para a orientação familiar: as menores respostas positivas foram verificadas para a adoção de prontuários organizados por núcleos familiares e armazenados no prontuário das famílias, e a existência de protocolos para orientar visitas domiciliares.

Com relação à coordenação do cuidado, os resultados encontrados no presente estudo

revelaram alguns fatores relacionados com o agendamento, referência e contrarreferência, interface entre a atenção básica e os serviços especializados e a organização da rede de atenção. Integrar a atenção básica aos demais níveis de atenção constitui um desafio do sistema de saúde brasileiro para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³⁸.

A organização da demanda é uma das principais dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde bucal²⁸. Nesse quesito, o papel do nível estadual é primordial, uma vez que a organização da rede de atenção pressupõe a regionalização. No caso do Paraná, os resultados indicaram alta prevalência de ESB que informaram possuir oferta de consultas especializadas na rede, a maioria indicando os CEO (70,0%), o que coincide com o relatado para a região Sul²⁸. Esses achados são corroborados no relatório do PMAQ-CEO, que indicou que a demanda por referência, por parte dos municípios, acontece em 85,7% dos CEO no estado do Paraná². Porém, apesar dos esforços da Secretaria de Estado da Saúde para que se organize a rede de saúde bucal, ainda existem municípios que não possuem serviços especializados de referência, com predominância para os situados nos estratos mais carentes e com menor porte populacional.

Nas RAS, os CEO assumem a posição de referência especializada de saúde bucal para a atenção básica. São as equipes que deverão, por meio de critérios predefinidos, constituir o fluxo de acesso dos usuários que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão encaminhá-los de volta²⁴. Além de procedimentos clínicos, é nesta interface entre a APS e os outros níveis de atenção que se realizam os atributos de coordenação, continuidade e integralidade em saúde bucal.

A organização do processo de trabalho produz uma divisão de tarefas, assim, a gestão deve atuar para que a equipe seja capaz de compreender as particularidades do modelo de atenção à saúde. A PNSB propõe que, em cada local, a forma como

se organizam as ações e serviços de saúde bucal procurem, ante os determinantes sociais da saúde, contribuir da melhor forma possível para os problemas e demandas da sociedade. Analisando os resultados deste estudo, o que se observa é que existem desigualdades na organização do processo de trabalho nos municípios, sendo que aqueles nos estratos baixos e intermediários estão em situação de desvantagem em relação aos de grande porte e melhor condição socioeconômica. A forma como os serviços de saúde está distribuída espacialmente em uma região, não somente na APS, mas também nos demais pontos de atenção, é uma das condições fundamentais para a busca da equidade. As barreiras na acessibilidade afetam de maneira diferente grupos sociais distintos, com prejuízo para aqueles de maior vulnerabilidade social³⁹. Isso fica evidente quando se constata que o acesso às especialidades ocorre de forma desigual no estado do Paraná.

Conclusões

Os resultados deste estudo indicaram ampla participação dos municípios no segundo ciclo do PMAQ-AB no Paraná, com predominância de ESF com ESB. Foi observada predominância de equipes em modalidade I, com maiores proporções em municípios com piores condições socioeconômicas e menor porte populacional.

No que refere ao processo de trabalho, os resultados evidenciam desigualdades intermunicipais, desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, o que explicita a necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB, favorecendo o resgate de competências e habilidades necessárias para a boa gestão da clínica e do cuidado na APS. Nesse sentido, cabem reflexões a respeito da importância da qualificação da gestão, com apoio do Ministério da

Saúde e das Secretarias Estaduais da Saúde principalmente aos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Além disso, é importante que a regionalização seja efetiva, e que se organize a rede de atenção à saúde bucal de forma equânime, de forma a incluir esses municípios.

Ao realizar esforço em utilizar dados oficiais, este estudo demonstra que o PMAQ-AB pode constituir excelente ferramenta de gestão do processo de trabalho, pois permite discutir e reafirmar a importância da saúde bucal na APS para a redução de iniquidades.

Colaboradores

Baldani MH contribuiu para a elaboração do desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados; redação do texto; aprovação final da versão a ser submetida. Ribeiro AE contribuiu para a elaboração do desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; aprovação final da versão a ser submetida. Gonçalves JRSN contribuiu para a análise e a interpretação dos dados, e revisão crítica do conteúdo. Ditterich RG contribuiu para a redação do artigo. ■

Referências

1. Boing AF, Bastos JL, Peres KG, et al. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev. Bras Epidemiol.* 2014; 17(supl 2):102-15.
2. Andrade LOM, Pellegrini Filho A, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015; 385(9975):1343-51.
3. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF, et al. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciênc Saude Colet.* 2015; 20(8):2539-48.
4. Bamba C, Gibson M, Sowden A, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health.* 2010; 64(4):284 LP-291.
5. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2015; 94(1):10-8.
6. Allin S, Stabile M. Socioeconomic status and child health: what is the role of health care, health conditions, injuries and maternal health? *Health Econ Policy Law.* 2012; 7(2):227-42.
7. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
8. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: UNESCO; MS; 2002.

9. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. *Bol do Inst Saúde*. 2010; 12:109-14.
10. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Soc*. 2011; 20(4):867-74.
11. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(supl1):20-6.
12. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, et al. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65(8):656-60.
13. Baldani MH. Estratégia Saúde da Família e práticas de saúde bucal em experiências selecionadas - análise crítica: a experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: Moisés S, Moisés S, Kriger L, organizadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Arte Médicas; 2008. p. 154-69.
14. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: MS; 2004.
16. Pucca GA, Gabriel M, Araujo ME, et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
17. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JL. Equity and provision of public dental services in the State of Parana, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):446-54.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: MS; 2011.
19. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS [internet]*. [acesso em 2018 out 5] 2012; 6(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>.
20. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014; 38(esp):358-72.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília, DF: MS; 2015.
22. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais*. Recife: Editora UFPE; 2016.
23. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g 4014.
24. Luvison IR, Jahnke MM, Reis ML, et al. Interface atenção básica e centros de especialidades odontológicas. que pontes existem? In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE; 2016. p. 154-179.
25. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):2727-39.
26. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Pública*. 2011; 27(supl 2):s272-83.

27. Pereira CRS; Roncalli AG; Cangussu MCT, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Pública*. 2012; 28(3):449-462.
28. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
29. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(6):1005-13.
30. Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RACP, et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.
31. Machado JA, Guim ALS. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Rev Serv Público*. 2017; 68(1):37-64.
32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Comunicados do IPEA: Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil*. Brasília, DF: IPEA; 2010.
33. 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-AB): manual instrutivo*. Brasília, DF: MS, 2013.
34. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*. 2001; 91(8):1235-1239.
35. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da Atenção Básica. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(86):1-10.
36. Neves M, Giordani JMA, Ferla AA, et al. Primary Care Dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care. *J Ambulatory Care Manage*. 2017; 40(2):535-548.
37. Cecílio, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface comun. saúde educ*. 2011; 15(37):589-599.
38. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
39. Herkratz FJ, Vieira JMR, Vettore MV, et al. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48.

Recebido em 30/05/2018
Aprovado em 03/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve