



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOANA DE OLIVEIRA WERLANG

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA:
UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

FLORIANÓPOLIS

2022

JOANA DE OLIVEIRA WERLANG

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA:
UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação submetida ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Josimari Telino de Lacerda
Coorientadora: Prof. Dra. Claudia Flemming Colussi

FLORIANÓPOLIS

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Werlang, Joana de Oliveira

Atenção à Saúde Bucal em Santa Catarina : uma avaliação dos atributos na Atenção Primária / Joana de Oliveira Werlang ; orientador, Josimari Telino de Lacerda, coorientador, Claudia Flemming Colussi, 2022.
107 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde bucal. 4. Avaliação em Saúde. I. Lacerda, Josimari Telino de . II. Colussi, Claudia Flemming. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

JOANA DE OLIVEIRA WERLANG

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA:
UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Dra. Daniela Nickel, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Dra. Manoela Nobrega, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC - Campus Curitibanos

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Josimari Telino de Lacerda
Orientadora

Claudia Flemming Colussi
Coorientadora

Florianópolis, 2022

À minha mãe, exemplo de força e determinação, e meus amores, Ronald e Jorge, minha razão de viver e esperança de um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão primeiramente à minha família. Minha mãe, exemplo de resiliência e força em todas as fases da vida, dela e minha. A ela, a quem devo desde a vida, agradeço o gosto pela leitura e pelos estudos e o apoio incondicional. E à família que construí e que me faz realizada como mãe e companheira, meu marido Ronald e meu filho Jorge. Agradeço todo amor, parceria, paz e apoio recebido. E meus padrinhos, Nora e Flávio pelas estadias na capital, por quase dois anos, durante as aulas presenciais.

Às professoras Daniela Nickel, Manoela Nóbrega e Sonia Natal, por aceitarem o convite de compor a banca examinadora deste trabalho e pelas valiosas contribuições. Em especial à professora Cláudia, minha coorientadora.

À pessoa que admiro tanto, que é minha ídola há tantos anos, e que foi uma motivação pra eu fazer o mestrado, pois era meu sonho tê-la como orientadora: Professora Josimari Lacerda. Que mais que uma orientadora, foi uma conselheira, cuidadora, motivadora. Agradeço além de todo conhecimento, a confiança, a força da perseverança, especialmente nos momentos mais difíceis da pandemia, sempre me transmitindo otimismo.

A todos os colegas, que formamos uma turma unidade e forte, e estávamos juntos e estupefatos quando as coisas “ficaram estranhas” no país. Em especial minha amiga de longa data Maria Cristina e às novas amigas, que vou levar pra sempre no coração: Duda, Alaane; agradeço o apoio, amizade e parceria.

À toda a pós graduação, pelos professores, técnicos administrativos (na pessoa da querida Maria Julia).

À UFSC agradeço como instituição, universo onde trilhei toda minha formação profissional: Curso de Odontologia, Especialização em Saúde da Família formato Residência Multiprofissional, e, agora, o Mestrado em Saúde Coletiva.

À UFSC, patrimônio dos Catarinenses e Brasileiros, tão exaltada pelos que a conhecem e tão denegrada ultimamente pelos que querem tirar sua função pública e social de construção de cidadãos/trabalhadores pensantes.

Ao nosso sistema de saúde, onde diariamente, uno meu conhecimento técnico e científico e aprendo ao participar da vida de cada usuário, de tantas famílias através da ESF.

Ao SUS, patrimônio do povo brasileiro, obrigada por resistir!

"Saúde pode significar que pessoas tenham alguma coisa mais que não estar doente. Que tenham direito a casa, trabalho, salário digno, água, vestimenta. Que tenham direito à educação. A ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo."

(Sergio Arouca)

RESUMO

No Brasil a saúde bucal está inserida na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, principalmente por meio das equipes de saúde bucal (EqSB), que trabalham em conjunto com as equipes de saúde da família (EqSF). Diante da considerável incorporação das EqSB, em todo o país, há necessidade de avaliação de sua atuação. O objetivo geral deste estudo é avaliar a atenção à SB na APS, em Santa Catarina. Foi construído um modelo avaliativo composto de modelo teórico lógico e matriz avaliativa, esta, composta por 29 indicadores e suas respectivas medidas. Os indicadores estão distribuídos em 4 dimensões: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, e foram identificados através de revisão bibliográfica e documental, e discussões com experts em saúde bucal (SB), o que permitiu a identificação dos indicadores utilizados com maior frequência em estudos avaliativos da SB na APS. Esta é uma pesquisa avaliativa da atenção à SB tendo como marco teórico os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS). O estudo utilizou dados da avaliação externa do PMAQ (ciclo 3) e DATASUS de municípios catarinenses que aderiram ao programa com pelo menos 70% das EqSB, totalizando 268 municípios catarinenses (90,8%), e 968 EqSB, correspondendo a 94,0% das equipes. No julgamento por comparação assumiu-se como satisfatório o alcance de pelo menos 70% do valor máximo esperado em cada porte populacional. A importância deste estudo se dá pela inexistência de avaliação da SB na APS, conforme o cumprimento dos atributos da APS. Como resultado percebe-se que os municípios catarinenses cumprem satisfatoriamente os atributos da APS, na SB, porém, com menor desempenho na Atenção ao Primeiro Contato e na Integralidade, apresentando desafios na cobertura de 1ª consulta, acessibilidade, reabilitação protética e oferta adequada de serviço. Chama a atenção o bom desempenho no atributo Longitudinalidade, especialmente nos municípios de menor porte populacional. Conclui-se que a tradição da avaliação da APS em SC pode ser um dos motivos dos bons resultados da atenção à saúde bucal encontrados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde bucal; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the Oral Health (OH) is included in the Unified Health System - "SUS". From Primary Health Care (PHC), through the insertion of the Oral Health Teams (OHT) that work together with the Family Health Teams (FHT). Given the significant increase integration of the OHT across the country, there is a need to evaluate their performance. The main objective of the present study is to evaluate the importance given to Oral Health in Santa Catarina. This study strived to build an evaluative model composed of a logical theoretical model and an evaluative matrix, which is composed of 29 indicators and their respective measures, presented in the following dimensions: attention to first contact, longitudinality, coordination and integrality, identified through a literature and evidence review, along with discussions with experts in Oral Health, which allowed us to perceive the indicators most frequently used in assessment studies in OH in the PHC. This is an evaluative research on the attention given to OH having as its theoretical framework the attributes of Primary Health Care (PHC). The study used data from the external evaluation of the PMAQ (cycle 3) and DATASUS from municipalities in Santa Catarina, whose OHT joined the program with at least 70%, totaling 268 municipalities (90.8% of the total), and 968 OHT, corresponding to 94,0% of the teams. Judging by comparison, the achievement of at least 70% of the maximum expected value in each population size was assumed to be satisfactory. The importance of this study is given by the inexistence of evaluation of the OH in the PHC, according to the fulfillment of the attributes. As a result, it can be seen that the municipalities in Santa Catarina satisfactorily fulfill the attributes of the PHC in OH. However, they still present challenges in covering the 1st consultation, accessibility, prosthetic rehabilitation and adequate service provision. As a conclusion, it is observed that the tradition of evaluating PHC in Santa Catarina may be one of the reasons for the satisfactory results found in Oral Health Care.

Keywords: Health Evaluation, Primary Health Care (PHC); Oral Health (OH).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Determinação Social da Saúde	25
Figura 2 - Modelo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária segundo os atributos da APS.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Procedimentos clínicos individuais previstos na legislação no âmbito da APS ...	34
Quadro 2 - Descrição nominal dos indicadores apresentados por atributo	42
Quadro 3 - Matriz avaliativa da atenção à saúde bucal, segundo atributos da Atenção Primária em Saúde, contendo indicadores, medidas e fontes de evidência	55
Quadro 4 - Matriz avaliativa com os quatro atributos/dimensões e seus respectivos indicadores com <i>rationales</i> . Para cada indicador, a medida utilizada com as perguntas e fonte do dado...	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário (a) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Atenção à Saúde Bucal
Aux.SB	Auxiliar de Saúde Bucal
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CECOL	Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPO-d	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Restaurados)
CFB	Constituição Federal Brasileira
EqAPS	Equipe de Atenção Primária à Saúde
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MA	Matriz Avaliativa
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i> -Ferramenta para Avaliação da APS
PIA	Programa Inversão da Atenção
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCD	Pessoa com Deficiência
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SB	Saúde Bucal
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde
TécSB Técnico de Saúde Bucal
UBS Unidades Básicas de Saúde
UNACON Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UOM Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL	20
3.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL	26
3.2.1 A Política de Saúde Bucal no Brasil.....	29
3.2.2 Ações e responsabilidades da Saúde Bucal na APS.....	33
3.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA APS.....	39
3.3.1 Atributos da APS em estudos de avaliação em saúde bucal.....	41
3.3.1.1 Atenção ao Primeiro Contato (APC).....	43
3.3.1.2 Longitudinalidade.....	45
3.3.1.3 Coordenação	46
3.3.1.4 Integralidade	47
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 TIPO DE ESTUDO	52
4.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	52
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	52
4.4 CONSTRUÇÃO DO MODELO AVALIATIVO	52
4.4.1 Modelo teórico-lógico e matriz avaliativa	53
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	57
5 RESULTADOS	59
5.1 ARTIGO - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA: UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A - MATRIZ AVALIATIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, SEGUNDO ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, CONTENDO INDICADORES, RATIONALES, MEDIDAS E PERGUNTAS COM AS FONTES DE EVIDÊNCIA.....	98

1 INTRODUÇÃO

Em um sistema de saúde, a Atenção Primária é o nível de atenção preferencial de entrada dos indivíduos e visa garantir o acompanhamento de suas necessidades ao longo do tempo, fornecendo atenção para os problemas mais comuns na comunidade, através de serviços de prevenção, cura e reabilitação, com o objetivo de alcançar melhores condições de saúde e bem-estar (STARFIELD, 2004). Segundo a autora, a atenção primária à saúde (APS) é a base do sistema de saúde e determina o trabalho dos outros níveis de atenção, através da coordenação dos serviços, sejam eles realizados dentro da APS ou ao longo da rede de atenção, incluído consultas, exames e hospitalizações. A autora destaca ainda que para cumprir de forma satisfatória e resolutiva seu papel no sistema de saúde a APS deve observar os seguintes atributos: a) atenção ao primeiro contato, ou seja, ser o serviço de referência dos indivíduos na área da saúde, ser acessível e facilitar o uso dos serviços sempre que necessário; b) longitudinalidade, uma fonte regular de atenção em saúde ao longo de todos os ciclos de vida dos indivíduos; c) coordenação do cuidado, promover o cuidado e o acompanhamento dos indivíduos em todos os pontos de atenção que ele necessitar; d) integralidade possibilitar que o usuário receba todos os tipos de serviços, desde a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2004).

A APS como modelo substitutivo e de reorganização da atenção, reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração à rede de serviços de saúde. Este modelo detalha modalidades de implantação e incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família (EqSF), Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e o programa de agentes comunitários de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) são ordenados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização à atenção ao usuário através da: territorialização e adscrição de clientela, integralidade e hierarquização e participação da comunidade. Iniciada em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), a ESF foi a forma preferencial para estruturar a APS no Brasil. A odontologia foi inserida, em 2001, na ESF, em proporção de uma EqSB para duas EqSF. Apenas a partir de 2003, através da portaria nº 673/GM de 03/06/2003, passou a valer para a SB a mesma regra de população que para as EqSF (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

A saúde bucal (SB) envolve não só a dimensão funcional, como a social e emocional, com impacto na saúde geral e qualidade de vida da população (SOUZA, 2006). A manutenção da saúde bucal ao longo da vida do cidadão é uma questão de saúde pública.

Por isso, há necessidade de assegurar políticas públicas que garantam SB para sujeitos - indivíduos e coletivo. O efeito individual é também coletivo, e vice-versa (SOUZA, 2006). O Brasil, por muito tempo, foi considerado o país dos desdentados. O “banguela” é um símbolo social de exclusão, e segundo Botazzo (2000), é uma situação que desempodera a pessoa. Isso pode impedi-la de exercer sua função de cidadão, pois a falta de dentes influi na sua vida social, interferindo na construção de relações de trabalho, pessoais e até intelectuais.

O conceito da bucalidade (BOTAZZO, 2000) traz a importância de a boca ter um dono: um ser vivo que conversa, exprime afeto e emoções. Assim, a boca, além de expressar o sorriso e capacidade de alimentação, é a composição de um ser social.

No século XX, a odontologia brasileira foi marcada por procedimentos cirúrgico-restauradores que culminaram em uma prática mutiladora e que não considerava necessário ao bom desempenho profissional os conteúdos humanísticos. Acreditando na possibilidade de mudança, de forma contra hegemônica, é que o SUS tem sido construído, em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS culminou através de lutas sociais, desde a reforma sanitária. A melhor forma de assegurar a atenção à Saúde Bucal - ASB, foi unir a clínica ampliada e a saúde bucal coletiva (SBC) através da implementação de EqSB inseridas na APS.

O SUS tem a particularidade de agregar à equipe de saúde da APS a Equipe de Saúde Bucal (EqSB). Essa combinação é importante para fornecer serviços de SB aos usuários e atuar no combate à cárie e doença periodontal, que quando não tratadas levam à agudizações e alteram a qualidade de vida dos cidadãos, afetando a rotina diária, como trabalho e estudo, e em longo prazo, perda dental, o que pode levar ao edentulismo.

A saúde é direito, estabelecido na constituição brasileira, onde a política de saúde é uma política social, compreendida na seguridade social (BRASIL, 1988). Fazer política é tomar decisões (FLEURY; OUVRENEY, 2012). Quando estas são na esfera pública, é imprescindível a existência de planejamento e avaliação.

Para atuar em várias frentes de ASB, em 2003 foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente, iniciou um momento importante para a saúde bucal coletiva (SBC). A atenção à saúde bucal (ASB) está inserida em um conceito amplo de saúde. De acordo com a PNSB, a promoção de SB inclui a construção de políticas públicas saudáveis, como as que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem o acesso à ASB (BRASIL, 2004a).

A organização da assistência à SB se deu através da reorganização da atenção primária por meio de EqSB, ampliação da atenção secundária através dos CEOs e LRPD; e da Atenção Terciária pela atenção hospitalar em SB, pelo atendimento a pessoa com deficiência (PCD) sob sedação e tratamento de câncer de boca pelo UNACON/CACON (BRASIL, 2004a).

E ainda, através de medidas de promoção e prevenção pela distribuição de *kits* de escovação e controle da fluoretação das águas de abastecimento público, medidas de qualificação e reestruturação através de incentivo à pesquisa em saúde bucal coletiva e aquisição de equipamentos odontológicos, respectivamente, e enfim, vigilância e monitoramento através da criação de centros colaboradores de vigilância em saúde bucal (CECOLs) (BRASIL, 2004b).

A ASB consiste em um conjunto de ações. Incluem a assistência, com o objetivo de manter a SB, com ações que transcendem o setor saúde, abrangendo ações multisetoriais desenvolvidas no conjunto da sociedade como: educação, emprego e saneamento (NARVAI, 1992 apud COLUSSI, 2010).

Em consequência da expressividade da incorporação das EqSB na ESF, em todo o país e pelo fato de a estratégia ter se tornado a principal maneira de organização dos recursos físicos, humanos e tecnológicos para responder às necessidades de SB da população (SOUZA; RONCALLI, 2007), há necessidade de avaliação das ações desenvolvidas pelas EqSB.

A importância da avaliação está na possibilidade de tornar as políticas e os programas mais coerentes, através da análise sistemática de seus componentes, cujos objetivos específicos são melhorar o bem-estar coletivo, contribuir no auxílio das instituições democráticas e direcionar suas ações (MARK; HENRY; JULNES, 2000 apud CHAMPAGNE et al., 2011).

Na avaliação em saúde, o uso de medidas, comparações e julgamentos proporciona direcionamento das ações, afim de uma melhor atuação dos serviços. Assim, é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos. Deve ser vista como um processo sistematizado, contínuo e dinâmico, com a finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações (CALVO; HENRIQUE, 2006).

A avaliação é um processo que envolve, além dos aspectos técnicos, variáveis como o contexto político, econômico, social e profissional, que deve contribuir para a tomada de decisão, comprometendo-se com a melhoria das intervenções de saúde, tendo como guia a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Avaliar é emitir um juízo de valor sobre uma intervenção estudada, através de informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, com o objetivo de se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Um marco na avaliação em saúde no Brasil foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, cujo objetivo foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, através de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. Trata-se de um programa de incentivo com remuneração por desempenho, de adesão voluntária tanto por gestores como equipes. O programa foi lançado em 2011 e se manteve até 2018 com a realização de 3 ciclos e incluiu as equipes de Saúde Bucal e NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2017; SANTA CATARINA, 2015).

O PMAQ centra sua análise no acesso e na qualidade, não define claramente uma proposta de avaliação a partir dos atributos da APS, mas contempla todos os elementos de estrutura e processo de trabalho pertinentes à atuação da APS.

Na literatura encontram-se estudos de avaliação com foco nos atributos da APS, em sua maioria utilizando o PCATool, instrumento proposto por Starfield (2004), sigla em inglês, *Primary Care Assessment Tool*, que significa ferramenta para avaliação da APS, validado no Brasil, cuja metodologia requer coleta de dados primários. Por esse motivo, os estudos com uso do PCATool são de abrangência local (VIDAL et al., 2018; CHOMATA et al 2014; NASCIMENTO, 2019).

Considerando a importância da ASB no contexto da APS, o presente estudo procurou responder aos seguintes questionamentos?

- ✓ Como se comportam os atributos da APS, na ASB em Santa Catarina?
- ✓ Na SB, existem diferenças do cumprimento dos atributos segundo o porte populacional dos municípios catarinenses?

Espera-se fornecer subsídios que possam orientar a tomada de decisão dos gestores na política pública de modo a assegurar que a população tenha acesso a serviços, de acordo com os princípios do SUS e considerando-se os atributos da APS. A avaliação dá um juízo de valor que contribui tanto para a academia, através do conhecimento científico produzido, quanto, idealmente, fomenta as políticas para garantir o direito à ASB.

Esta pesquisa está organizada em seis capítulos, a partir desta introdução que apresenta e contextualiza o tema de investigação. O segundo capítulo, trata do objetivo geral, que é avaliar a ASB, em Santa Catarina (SC), com base nos atributos da APS, segundo conceito de Starfield (2004), e os objetivos específicos. O terceiro capítulo contempla o referencial teórico que está dividido em: atenção da APS, no Brasil; a ASB, no Brasil, incluindo a política de saúde bucal (PNSB), ações e responsabilidades da SB, na APS; e avaliação da ASB, na APS, onde estão

incluídos os atributos da APS. Neste item de avaliação busca-se, através da revisão de literatura, conhecer como os atributos da APS têm sido utilizados, explicitamente, ou não, em estudos de avaliação da ASB, a fim de verificar quais indicadores são mais utilizados nestes estudos.

O quarto capítulo contempla a metodologia. Este estudo é uma pesquisa avaliativa, que utiliza dados secundários do PMAQ e DATASUS (base de dados do SUS). Apresenta o modelo avaliativo, composto pelo modelo teórico lógico e a matriz avaliativa, construídos através da revisão bibliográfica, das discussões nas disciplinas do mestrado e na colaboração de especialistas em avaliação em saúde e SB. O objeto de investigação deste, é a ASB, na APS, nos municípios de SC, cujos sujeitos são as EqSB, que participaram do PMAQ.

Na sequência, o quinto capítulo apresenta os resultados da pesquisa, em formato de artigo científico, conforme regulamentação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Por fim, no sexto capítulo, as considerações finais apresentam os desafios encontrados e sintetizam os principais resultados deste estudo, com contribuições da dissertação para o conhecimento científico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Atenção à Saúde Bucal (ASB) no contexto da APS em Santa Catarina segundo os atributos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os atributos da APS e sua aplicação no âmbito da saúde bucal;
- b) Identificar os componentes avaliativos pertinentes à avaliação da ASB segundo os atributos da APS;
- c) Analisar o cumprimento dos atributos da APS pelas equipes de saúde bucal (EqSB) que atuam em municípios catarinenses.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

O Sistema de saúde brasileiro adota o modelo de proteção social orientado pelos princípios de justiça e de acesso universal, resultado de ampla mobilização da sociedade -o movimento da reforma sanitária- na década de 1980. O direito à saúde está expresso na Constituição e nas respectivas Leis Orgânicas que orientam os princípios do (SUS) Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; 1990a, 1990b).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um importante pilar para a estruturação dos sistemas universais de saúde. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata considerou a APS como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, a um custo que a comunidade e o país possam manter (DECLARAÇÃO..., 1978, p. 14).

Nesse entendimento, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham; integrando um processo permanente de medidas sanitárias voltadas à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, e adoção de medidas sociais, reiterando a saúde como direito e meta social. Contudo, as ações de cuidado mencionadas em Alma-Ata configuram uma APS seletiva que é designada por um pacote de intervenções de baixo custo, baixa resolutividade, a combater as principais doenças, sem considerar os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo os autores, além da concepção seletiva há outras duas abordagens da APS:

- Primeiro Nível de Atenção do sistema de saúde;
- APS abrangente (ou integral).

A concepção mais comum em países da Europa, com sistemas universais públicos, é a de Primeiro Nível de Atenção. Refere-se ao ponto de entrada no sistema e corresponde aos serviços ambulatoriais médicos, especialistas em Saúde da Família ou generalistas, e ações preventivas. A APS adotada pelo Brasil é a denominada Abrangente cuja estratégia é organizar

os sistemas de atenção à saúde e promover saúde para a sociedade (BRASIL, 2017; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Considerada internacionalmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde usuário-centrado, a atenção primária abrangente forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Bárbara Starfield (2004) desenvolve a abordagem que caracteriza a APS abrangente, nos países industrializados cujo nível oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas e fornece:

- a. Atenção sobre a pessoa, não direcionada apenas para a enfermidade, no decorrer do tempo;
- b. Atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras;
- c. Coordenação da atenção entre todos os níveis.

Desta forma, Starfield (2004) e Giovanella e Mendonça (2012) definem como um conjunto de funções exclusivas da atenção primária:

- Prestação de serviços de primeiro contato;
- Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida;
- Garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde; e
- Coordenação das diversas ações e serviços no sistema de saúde.

A APS também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

São atributos essenciais da APS definidos por Starfield (2004):

- Atenção ao primeiro contato,
- Longitudinalidade,
- Integralidade e

- Coordenação.

Segundo estabelecem Starfield (2004) e Giovanella e Mendonça (2012):

- A atenção ao primeiro contato é um lugar ou prestador específico, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde, cada vez que um novo problema se apresente. É o ponto de início da atenção e a partir desse local de referência dá-se o acesso aos serviços especializados, quando necessário. A atenção ao primeiro contato compreende a acessibilidade (relacionado à estrutura) e a utilização (como processo de uso). Engloba toda forma que facilite o usuário ingressar no serviço, portanto, o serviço deve ser organizado de acordo com as facilidades para o acesso do usuário tanto em relação à acessibilidade estrutura, flexibilidade de horários/turnos de atendimento, garantia de recebimento de informações claras e uníssonas, como também em relação à organização, através da proporção adequada de profissionais em relação ao total de usuários e de UBS em relação à população.

- A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo a uma população eletiva, que culmine em fortes laços interpessoais a partir da cooperação mútua com os profissionais responsáveis por essa atenção, gerando vínculo. O cumprimento da longitudinalidade está associado a diversos benefícios: menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, redução de doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo (STARFIELD, 2004).

- A integralidade exige que a APS reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente, nos âmbitos orgânico, psíquico e social; disponibilize os recursos para abordá-las, desde serviços preventivos, curativos, tratamentos e reabilitação, a todos os indivíduos em todas as faixas etárias; resolva a maioria das demandas e encaminhamentos quando necessário.

A variedade de serviços adequados para a assistência consiste de três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes, as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas e o local em que, os mesmos, são realizados (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), para que uma ação integral seja garantida, a APS deve assumir a responsabilidade pela coordenação (integração) das diversas

ações e serviços, inclusive dos problemas menos frequentes e mais complexos, que necessitam transcorrer outros níveis da rede de atenção, garantindo assim a continuidade do cuidado.

Nesse entendimento, a coordenação é essencial para a obtenção dos outros três atributos da APS, pois, sem a coordenação, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade fica dificultada e a função de primeiro contato se torna puramente administrativa. Alcançar a coordenação é um desafio devido à multiplicidade de tipos e motivos para encaminhamento e das dificuldades na transferência e reconhecimento de informações geradas em todos os níveis, pois os pacientes consultam em outros lugares, quer mediante encaminhamento (referência) ou por sua própria vontade e a contra referência dessas informações geralmente está ausente (STARFIELD, 2004).

A autora relaciona, ainda, cada um dos quatro atributos da atenção primária entre eles de forma que o relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica que este será o local de atenção ao primeiro contato. Isso também implica que a fonte habitual de atenção assegurará que esta seja integral e coordenada.

Para Starfield (2004), das características próprias da APS, derivam três aspectos adicionais: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária.

De acordo com a autora, o conhecimento da família oferece o contexto para avaliação dos problemas e ajuda a isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, além de ser importante na decisão a respeito da melhor intervenção, pois as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias.

E para que isso ocorra é necessário que a equipe tenha competência cultural para ter habilidade de se comunicar e reconhecer entre as diferenças dos grupos populacionais, suas diferentes necessidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por fim, a orientação comunitária está relacionada com a relação da equipe de saúde com a comunidade, muito relacionada com a integração com as ACS, que são a ligação entre a Unidade de Saúde e a população.

Para assegurar os atributos da APS abrangente, em 1994, o Brasil adotou a (ESF) Estratégia Saúde da Família. De acordo com os preceitos do SUS, a ESF segue os princípios da integralidade e hierarquização, da territorialização e adscrição de clientela e do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2006; LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Com base nesses pressupostos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se nos últimos anos a proposta mais importante de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, tendo como principal objetivo reorganizar a prática da APS, incorporando as propostas da vigilância à saúde (MATTOS et al., 2014). É importante salientar que o modelo brasileiro de

saúde da família se difere de outros modelos adotados mundialmente pela sua característica de trabalho em equipe multiprofissional, se distanciando dos modelos que se organizam em torno do papel central dos médicos generalistas ou de família, e especialmente por se instituir como uma proposta de política pública (MENDES, 2019).

Em 2008, com o objetivo de apoiar a ESF, foi criado o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), aumentando a resolutividade e a abrangência dos serviços na rede de saúde, com preferência às ações de prevenção e promoção. O NASF não se constitui como porta de entrada do sistema e trabalha especialmente através de apoio matricial. A equipe multidisciplinar realiza ações integradas como: discussões de casos clínicos, atendimentos compartilhados (na própria unidade de saúde, em demais equipamentos sociais ou em visitas domiciliares) e a construção conjunta de projetos terapêuticos. Desta forma, além de ampliar, qualificam-se as intervenções através da ampliação do potencial de resolubilidade das EqSF, além de garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2008).

A Rede de Atenção à Saúde - RAS é uma forma de organização da articulação dos serviços tendo como centro a APS, e pode ser entendida como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

As RAS, de acordo com Mendes (2019) constituem-se de três elementos fundamentais: a população ou região de saúde (sua razão de ser, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica), os modelos de atenção à saúde (aos eventos agudos e às condições crônicas; as formas de intervenção) e a estrutura operacional (constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que os comunicam).

Segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2015), só haverá uma APS de qualidade, como parte integrante da RAS, quando estiverem sendo operacionalizados seus atributos, os essenciais - primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, e os derivados - focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

Portanto, a presença dos atributos da APS é importante para a garantia da qualidade da atenção (MENDES, 2019).

A despeito dos estudos demonstrando a importância da APS estruturada e qualificada, o Brasil em 2017, adotou mudanças no modelo, quando foi aprovada alteração na PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a), e, novamente, em 2021, gerando grande discussão no meio acadêmico, entre gestores e profissionais da assistência. As alterações trouxeram descaracterização do território de abrangência das equipes e das próprias equipes, pela fragmentação da carga horária de trabalho dos profissionais (o que pode impedir a formação do vínculo entre profissionais e destes com os usuários). Estas alterações, estão na contramão dos princípios e diretrizes do SUS o que pode acarretar perda de qualidade da atenção em saúde e impedir de alcançar os atributos da APS. Estas alterações na PNAB trazem retrocesso na busca de uma da saúde pública ideal, almejada com a Constituição Federal e a criação dos SUS, desde 1988.

A cada uma destas alterações sequenciais, de 2017 e as de 2021, as mudanças na PNAB, de caráter hegemônico cartesiano, distancia a concepção sistêmica do SUS que é universal, abrangente, descentralizado e com participação social.

O SUS como um sistema de saúde contra hegemônico, focado no conceito mais amplo de saúde, envolve os determinantes sociais – socioeconômico, cultural, ambiental, rede social e comunitária e estilo de vida, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Modelo de Determinação Social da Saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991.

Ações estritamente no campo da saúde, isoladas, meramente técnicas, sem levar em conta os determinantes sociais e vulnerabilidade não trazem benefícios à população, por negar a necessidade de trabalhar com vistas à equidade. Portanto, é papel do SUS, como sistema de saúde, reduzir a desvantagem de determinados indivíduos, atuando para enfrentar as

desigualdades - tanto em relação ao acesso aos serviços de saúde como para obtenção de bons níveis de saúde- visando melhorar a qualidade de vida dos usuários (CONASS, 2014, p. 119).

Alguns mecanismos da PNAB 2017 promovem a “relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho”, que pode dificultar a concretização de uma APS forte, que é parte fundamental da RAS, em um sistema universal de atenção integral à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 22).

Uma APS bem estruturada tem potencial de resolver mais de 80% dos problemas de saúde; onde se ofertam, preferencialmente, ações de alta complexidade e baixa densidade tecnológica. Como exemplo, as ações para mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde como cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física. Lembrando que os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades (MENDES, 2011).

Uma APS efetiva é capaz de absorver e de resolver a grande maioria dos problemas de saúde, sem encaminhamentos a outro nível de atenção à saúde: dados brasileiros demonstraram 87,5% a 95% de resolução dos problemas que se apresentaram na APS quando está bem organizada, o que a torna um nível do sistema de atenção que pode solucionar, a “um custo mais baixo e com efetividade”, quase todos os problemas de saúde (MENDES, 2019).

Em estudo sobre a RAS Bucal em Santa Catarina, Godoi, Mello e Caetano (2014) verificaram que os municípios (de grande porte) avaliados, apresentavam ações e serviços em saúde bucal nos três níveis de atenção, no entanto, alguns se encontram desarticulados. Este estudo identificou que quando essa integração é pouca ou nula há dificuldade de definir a população, os processos logísticos são limitados a formulários, sem o uso de protocolos ou regulação. Identificou dificuldade na formação de EqSB pela escassez de técnicos/auxiliares, com falta de serviços odontológicos nas UBSs, e processos fragilizados de gestão e de incorporação do modelo de atenção vinculado à ESF. O estudo elencou as características dos municípios com maior integração da RAS Bucal: população adscrita, uso de diagnóstico situacional como rotina, totalidade das UBS com atendimento odontológico, uso de PEC e sistema de regulação e instâncias decisórias envolvidas nos assuntos de interesse da RAS em SB.

3.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL

No Brasil, ao longo da implantação do SUS, a atenção à saúde bucal foi assumida como integrante do sistema de saúde desde a APS e assegurada em todos os níveis de atenção.

Para Souza (2008), a transposição do conceito de APS para a Saúde Bucal significa desenvolver em diversos espaços sociais, domicílios e unidades de saúde, ações de vigilância, prevenção e promoção de saúde e procedimentos como: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle e diagnóstico das doenças e da placa bacteriana, fluoroterapia, diagnóstico precoce do câncer bucal, atividades educativas.

A forma preferencial de inserção da saúde bucal na APS assumida no país é pela ESF. De acordo com Antunes e Narvai (2010) a ESF possibilita à saúde bucal uma postura mais ativa de atenção primária, e os centros de especialidades ampliam a oferta de atendimentos protéticos, endodônticos e radiológicos. Os autores afirmam ainda que o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas tem um amplo espectro de atuação na comunidade, em levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, “o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal” (ANTUNES; NARVAI, 2010, p. 363).

Mas não foi sempre assim. A história da Atenção à saúde bucal (ASB) no Brasil perpassa por uma atenção fragmentada, descontinuada, restrita a grupos prioritários e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Nas décadas de 1950-1960, o foco foi a atenção a pré-escolares com a odontologia sanitária e o sistema incremental. No final da década de 1970, a Odontologia Simplificada já tinha características de promoção e prevenção, incorporação de pessoal auxiliar, abordagem comunitária, mas ainda com espectro restritivo, influenciado pelas deliberações da Conferência de Alma-Ata (BRASIL, 2008; MOYSÉS, 2012).

Ao final da década de 1980 o Programa Inversão da Atenção (PIA) procurou romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, mantendo a restrição da atenção ao grupo infantil. O PIA teve sua implantação em vários municípios para cobrir as falhas do Sistema Incremental curativo, mas não conseguiu ampliar em muito a cobertura, inclusive para a população infantil, não tendo relevante impacto epidemiológico na população, que permaneceu com alto índice de CPOD (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Ainda na década de 1980, surgia a Atenção Precoce, modelo de atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visando à educação do núcleo familiar com instruções de higiene e alimentação. Esse modelo manteve a linha de restrição a um grupo populacional, com ações individualizadas, e, portanto, sem alcance e reflexos na

melhoria das condições bucais da população, a exemplo dos modelos anterior (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Segundo Moysés (2012), os modelos da década de 1980 reproduzem tardiamente experiências de países nórdicos, já superadas, uma vez que para a prestação de serviço odontológico e formação de recursos humanos, contavam com um grande número de profissionais e tratavam curativamente, apenas, quem podia pagar por eles.

O debate sobre a ineficácia dos modelos de atenção à saúde bucal é realizado em vários espaços científicos e coletivos por técnicos e sociedade civil, em paralelo aos debates sobre a saúde em geral. Destacam-se duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), na década de 1980, pela evidência da fragilidade da saúde bucal no Brasil.

A 7ª CNS apontou o modelo até então proposto como “ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados”. Durante a 8ª CNS o movimento nascente da Saúde Bucal Coletiva defendeu as diretrizes da Reforma Sanitária e o projeto contra hegemônico para a odontologia brasileira. Como parte do amplo processo que marcou a 8ª CNS, realizou-se em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) que discutia a saúde bucal como um direito de todos e dever do Estado (MOYSÉS, 2012, p. 623).

A 1ª CNSB propôs a inserção da saúde bucal no sistema de saúde e um desenho de Programa seguindo os princípios e diretrizes apontados pela 8ª CNS, em todos os níveis de gestão, e reforço à proposta de municipalização dos serviços. No entanto, a proposta sofreu muita resistência dos governos que se sucederam à gestão federal e municipal. Apesar de todo teor político da 1ª CNSB, foi publicada em 1989 uma acanhada Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), resumida por Moysés (2012) como uma “ressuscitação do sistema incremental para escolares” das décadas de 1960 e 1970 (NARVAI; MANFREDINI, 2016; MOYSÉS, 2012).

Em 1993 foi realizada a 2ª CNSB como deliberação da 9ª CNS tendo à frente as entidades nacionais de Odontologia, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e as representações nacionais de usuários. De acordo com o relatório da conferência, numa difícil conjuntura nacional, os delegados e participantes pronunciaram-se contra o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida. Diante do agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais, foram responsabilizados os governos, nos diferentes

níveis, por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social (BRASIL, 1993).

Apesar das diversas bandeiras de luta, do ponto de vista da implementação de práticas inovadoras na arena institucional pública, pouco se avançou nos anos 1990. A 3ª CNSB em 2004, mais de dez anos após a 2ª CNSB, teve como tema central “Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social”. Participaram quase 90 mil pessoas nas etapas municipal, estadual e nacional, num processo ascendente de discussão com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida. Essa Conferência foi proposta a partir da implantação de uma nova Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 2003, sob a designação “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2005; MOYSÉS, 2012).

3.2.1 A Política de Saúde Bucal no Brasil

A odontologia do século XX, no Brasil, foi marcada por procedimentos cirúrgico-reparadores que culminaram em uma prática mutiladora e que não considerava necessário ao bom desempenho profissional os conteúdos humanísticos. Apostando que seja possível mudar todo um sistema de crenças é que o SUS tem sido construído, em especial no âmbito da APS (BOTAZZO; OLIVEIRA, 2008).

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2003 é fruto da luta em busca de um modelo de atenção fundamentado nas necessidades da população. Com ela são impulsionados processos de ampliação e qualificação das ações de saúde bucal no país. O modelo de ASB evoluiu, de uma atenção a escolares e voltado para o sistema privado, para a consolidação de uma rede: universal, equitativa e pautada nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004a; WARMLING; FERREIRA; PADILHA, 2017).

O Brasil Sorridente, como foi designada, tornou-se marco da atenção à saúde bucal tendo como pressupostos básicos: a qualificação da Atenção Primária, uma APS articulada e indissociada da rede; a integralidade das ações de saúde bucal; atuação na vigilância à saúde; o planejamento das ações de acordo com a epidemiologia e as informações do território; a educação permanente dos trabalhadores; a elaboração de uma agenda de pesquisa com base em evidências científicas; o acompanhamento do impacto das ações; uma política de financiamento; e a saúde da família como estratégia de reorganização. A saúde bucal passou a prestar assistência sob a forma de linhas de cuidado, ampliando a atenção para a população em todas as faixas. Prevê o desenvolvimento de ações complementares relacionadas às condições

especiais de vida como saúde da mulher (gestantes), saúde do trabalhador, pessoa com deficiência (PCD), hipertensos, diabéticos, de acordo com a realidade de cada comunidade e do planejamento local (BRASIL, 2004a; LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Os principais eixos definidos na PNSB são: a reorganização da APS com ampliação da atuação das EqSB na ESF e do uso das Unidade Odontológica Móvel (UOM); a ampliação e qualificação da atenção secundária; e a viabilização da adição de flúor na água de abastecimento público (BRASIL, 2016b).

A partir da nova Política os municípios foram estimulados a ampliar o número das EqSB vinculando-as preferencialmente a uma EqSF, responsável por um território sob sua vigilância em saúde, onde atuará em equipe multiprofissional, realizando os procedimentos individuais e coletivos e terá apoio da rede secundária através do CEO e nível terciário.

A atenção secundária está organizada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a atenção terciária se dá através da assistência hospitalar e oncológica. Os CEOs podem ser do tipo I, II e III, de acordo com a população, e são estabelecimentos de saúde classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferecem, no mínimo: atividades de diagnóstico bucal (ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal); periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia; e atendimento a pessoa com deficiência. Cabe aqui salientar que a criação dos CEOs configura a primeira vez que serviços especializados em saúde bucal são oferecidos pelo governo federal. Essas clínicas especializadas podem ainda contar com inclusão de procedimentos de Ortodontia/Ortopedia e Implante Dentário, assim como é possível a implantação de laboratórios regionais de próteses dental (LRPD), de acordo com o planejamento do município ou consórcios intermunicipais (BRASIL, 2016b).

A atenção no nível terciário está prevista através do atendimento hospitalar, principalmente em casos de traumas e urgências atendidos por Cirurgiões Buco Maxilo Faciais e os atendimentos oncológicos nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Ainda se inclui na atenção terciária, o atendimento sob sedação ou anestesia geral para pessoa com deficiência - PCD.

Outra linha de ação do Brasil Sorridente é a promoção e prevenção através da fluoretação da água de abastecimento público. A vigilância do flúor é majoritariamente de responsabilidade dos gestores municipais, mas também deve ser realizada pela equipe de saúde bucal em seu território.

A vigilância à saúde tem como objetivo articular conhecimentos de diversos segmentos, buscando a qualidade de vida da população com base na promoção da saúde. A maioria dos municípios tem como desafio realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica que representem efetiva melhoria nas condições de vida de seus habitantes (NORO, 2006).

Cabe aqui esclarecer a diferença entre vigilância em saúde e vigilância da saúde. Segundo Ely et al. (2006), vigilância em saúde é a articulação das práticas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, em um esforço de se desenvolverem ações de forma integrada. E a vigilância da saúde é uma forma de organização da prestação de atenção à saúde da população, ou seja, o modelo da promoção da saúde. Para tanto, segundo as autoras, as práticas cotidianas precisam incorporar a tecnologia médica e sanitária, a comunicação social, o planejamento e a programação local e a avaliação do impacto das ações nos indicadores de saúde. Reconhecendo que “saúde é um bem socialmente construído e que envolve múltiplos fatores determinantes” (ELY et al., 2006, p. 295).

Como ação de vigilância em saúde bucal, é papel da EqSB, verificar se a população adscrita está tendo acesso à água potável fluoretada. Para que se concretizem essas ações é necessária atuação intersetorial com participação da comunidade para a priorização das ações e fiscalização, de preferência através das instâncias legais que são os conselhos locais e municipais de saúde.

Ainda como linhas de ação da PNSB, há a reestruturação e qualificação da infraestrutura, através da entrega de novas equipes odontológicas aos municípios para estruturação das EqSB e Centros Cirúrgicos; o incentivo à pesquisa em Saúde Bucal Coletiva; capacitação profissional através de educação continuada e permanente (especialmente pelo Telessaúde, UNASUS); avaliação através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO); integração ensino-serviço com o programa gradua-CEO e a criação de oito – Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL) (BRASIL, 2016b).

Os CECOLs são, na esfera federal, a estruturação de uma rede baseada na integração regional dos serviços de saúde e universidades, pensados para a produção e análise da situação de saúde bucal, sobretudo para superar a fragilidade dos serviços voltados para as questões de vigilância nos níveis estadual e municipal sendo que seu primeiro grande fruto foi a execução do Projeto SB Brasil 2010 (MOYSÉS et al., 2013).

Inserida no componente de vigilância à saúde, na perspectiva de construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar

serviços, foi realizado o Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – que proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Anterior a este, foram realizados três grandes levantamentos nacionais 1986, 1996 e 2003 (BRASIL, 2012).

A organização da ASB no SUS é resultado do envolvimento de diversos atores, desde profissionais de saúde que atuam na assistência e gestores de todas as esferas de governo, até entidades de ensino e a participação popular, por meio de várias instâncias organizadas como conselhos locais, municipais, estaduais e nacionais de saúde, assim como deliberações em conferências de saúde em suas diversas instâncias.

Portanto, a PNSB não foi e não é de um governo, é uma demanda social conquistada desde a reforma sanitária e que precisa ser defendida e ampliada (PUCCA JR., 2006). É importante salientar que todas essas frentes de ações, muitas delas pioneiras em âmbito federal, requerem um aporte financeiro diferenciado, cuja manutenção pode estar em risco com os congelamentos de gastos após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 e atual agenda neoliberal de privatizações e cortes de gastos, não compatíveis com o aporte financeiro necessário a um sistema de saúde universal e de qualidade (BRASIL, 2016a).

Na APS em SB uma das expressões do avanço da política pode ser verificada pelas informações do Ministério da Saúde que contabilizam uma cobertura populacional de 40% (8.366.863 pessoas) e 26.712 EqSB atuando integradas às EqSF, em 2018. No Estado de Santa Catarina, no mesmo ano, essa cobertura esteve em 46% (3.196.546 pessoas) totalizando 992 EqSB (BRASIL, 2019).

As EqSB podem assumir diferentes conformações. A PNSB define as opções de modalidade de EqSB tipo I e tipo II:

- Tipo I: dentista com auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal;
- Tipo II: dentista com técnico em saúde bucal e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

No entanto, sabe-se que no Brasil a conformação das EqSB nem sempre segue a orientação da PNSB, apresentando, em alguns casos, apenas o Cirurgião Dentista, sem equipe auxiliar, o que indica trabalho isolado.

Apesar de ser orientada a implantação de uma EqSB para cada EqSF desde 2003 pela Portaria GM nº 673/ 2003, esta equiparação não é uma realidade nos municípios brasileiros. É importante citar a defasagem na formação dos recursos humanos de nível médio na área de

saúde bucal, especificamente os técnicos de saúde bucal (Téc.SB), verificado pelo baixo percentual de evolução das equipes tipo II em relação ao tipo I. (SILVA et al., 2011).

3.2.2 Ações e responsabilidades da Saúde Bucal na APS

A EqSB na APS é a reguladora da rede de atenção à saúde bucal. Ela é a responsável por monitorar as referências, inclusive verificar o porquê da demora na fila, e contrarreferências, com manutenção da atenção após retorno das especialidades. Deve também, junto da EqSF, realizar o planejamento local, atuar sobre os principais agravos de saúde bucal na sua comunidade, realizar atividades de promoção e prevenção em saúde bucal, fortalecer a participação popular, e prestar assistência quando já houver instalação de doença.

A odontologia está inserida no sistema de forma universal, integral, em todos os níveis de atenção. Os profissionais da EqSB têm atribuições comuns a todos os profissionais da APS, com destaque para: apropriação do território com cadastramento e identificação de grupos de risco e vulnerabilidade, planejamento, atividades coletivas multiprofissionais. Além das atribuições comuns, cada profissional da EqSB tem suas atribuições conforme suas especificidades profissionais que permitam a atuação como uma equipe integrada (LACERDA; TRAEBERT, 2006; BRASIL, 2017a).

A saúde bucal apresenta-se como um direito constitucional, sendo condição relevante à integralidade da atenção. É atribuição da EqSB realizar atividade coletiva de educação em saúde (alimentação saudável, hábitos de higiene, sexo seguro, cessação do hábito de fumar), ação coletiva de escovação dental supervisionada, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel (para área com elevado índice CPO-d) e realizar ação coletiva de exame bucal para fins epidemiológicos, e para embasar o planejamento (PINTO, 2013).

Citam-se as buscas ativas como forma de vigilância em saúde realizada no cotidiano das EqSB. Seja no rastreamento de casos suspeitos de câncer bucal, de faltosos a consultas programadas para cuidado continuado, casos acompanhados em equipe multiprofissional através de projeto terapêutico singular ou por classificação de risco. Enfim, são diversas as atribuições da EqSB além da assistência individual e à demanda espontânea.

Na prática cotidiana na APS estão previstos 34 Procedimentos Odontológicos Clínicos Individuais e 04 Procedimentos Coletivos a serem registrados na produção odontológica diária pela EqSB (Quadro 1).

O tipo de atendimento individual pode ocorrer por consultas pré-agendadas (consulta agendada) ou oriundas de demanda espontânea (escuta inicial/orientação, consulta do dia ou

atendimento de urgência). O tipo de consulta registrada pode ser: primeira consulta, consulta de retorno em odontologia ou consulta de manutenção em odontologia.

Abaixo, apresenta-se o Quadro 1 com os procedimentos clínicos individuais previstos na legislação, no âmbito da APS:

Quadro 1 - Procedimentos clínicos individuais previstos na legislação no âmbito da APS

Procedimentos preventivos individuais	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxia/remoção de placa - Orientação de higiene bucal - Evidenciação de placa - Aplicação tópica de flúor - Aplicação de cariostático - Aplicação de selante
Cariologia / dentística	<ul style="list-style-type: none"> - Restauração de dente decíduo - Restauração dente permanente anterior - Restauração dente permanente posterior - Selamento provisório de cavidade dentária
Procedimentos periodontais	<ul style="list-style-type: none"> - Raspagem alisamento e polimento supragengivais - Raspagem alisamento subgengivais - Gengivectomia
Procedimentos cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> - Exodontia de dente decíduo - Exodontia de dente permanente - Retirada de pontos de cirurgias básicas - Drenagem de abscessos - Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões - Tratamento de alveolite - Ulotomia/ulectomia - Tratamento de hemorragia - Curetagem periapical
Endodontia	<ul style="list-style-type: none"> - Capeamento pulpar - Pulpotomia dentária - Acesso à polpa dentária e medicação - Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico
Prótese dentária	<ul style="list-style-type: none"> - Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária - Instalação de prótese dentária - Adaptação de prótese dentária - Cimentação de prótese
Exame radiográfico intra-bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Radiografia periapical - Radiografia interproximal - Radiografia oclusal

Fonte: (BARROS; CHAVES, 2003; PORTO ALEGRE, 2014; BRASIL, 2018).

Em relação à produção odontológica coletiva na atenção básica, há quatro procedimentos que são de competência da EqSB: atividade educativa em grupo na atenção básica, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, ação coletiva de escovação dental supervisionada, ação coletiva de exame bucal para fins epidemiológicos (e-SUS).

Através da atividade em grupo tem-se a oportunidade de realizar atividades de educação em saúde, com o intuito de incentivo a mudanças de hábitos e atitudes. Essas atividades podem ser realizadas pela equipe de saúde bucal de preferência com equipe multiprofissional,

envolvendo principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e oportunamente os demais profissionais da EqSF, conforme o planejamento. O cirurgião dentista deve ser o coordenador das atividades coletivas, mas deve delegar aos técnicos, auxiliares ou ACS a maioria da execução dessas atividades, de acordo com a responsabilidade de cada profissional.

Portanto, os eixos orientadores da PNSB englobam desde a assistência clínica, incluindo prevenção, recuperação e reabilitação da saúde bucal, até a promoção da saúde com a fluoretação das águas e educação em saúde. A promoção da saúde bucal integra a área às demais práticas de saúde coletiva através da construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas, como políticas que garantam o acesso à água tratada e fluoretada, a universalização do uso de dentifrício fluoretado e escova dental (BRASIL, 2009).

A legislação referente ao uso e controle da fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento é, nacionalmente, da década de 70 (BRASIL, 1974, 1975a, 1975b). Ainda houve ações pioneiras anteriormente por outros entes, a exemplo do estado do RS que em 1957, estabeleceu a obrigatoriedade da fluoretação de suas águas de abastecimento (NARVAI, 2000; RODRIGUES, 2021).

Interessante lembrar que no estado de SC há legislação para facilitar o uso de concentração ideal (entre o mínimo de 0,7 mg/L e o máximo de 1,0mg/L) para os municípios, dado pela média de temperatura no estado: Portaria n° 421 de 13 de maio de 2016, que estabelece que o teor ótimo de concentração do íon fluoreto na água destinada ao consumo humano, de 0,8 mg/L (SANTA CATARINA, 2016).

Essa medida ideal é importante, pois, além de reduzir a prevalência da cárie, o Flúor faz diminuir a velocidade de progressão de novas lesões, e, nessa concentração, evita-se intoxicação crônica, que levaria à fluorose. Apesar de informações falsas vinculadas nas redes sociais, o flúor é responsável pelo declínio da cárie dentária no Brasil, visto que o país dispõe do segundo maior sistema de fluoretação de águas de abastecimento público do mundo, junto a uma das maiores populações consumidoras de dentifrício fluoretado (BRASIL, 2009).

Entende-se que a ASB na APS pode resolver um grande volume dos principais agravos de saúde bucal da população. Na última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil - 2010 (BRASIL, 2012), as condições observadas foram cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose dentária e edentulismo. Sendo que as doenças e agravos mais prevalentes – cárie, sangramento gengival e presença de tártaro dental – são passíveis de resolução pela ASB na APS, gerando qualidade de vida para os usuários.

O acesso deve ser universal e pode ser realizado agendamento prévio a grupos prioritários conforme dados epidemiológicos e planejamento local. Geralmente as equipes realizam consultas agendadas programáticas para crianças, gestantes e idosos. Alguns idosos com dificuldade de locomoção, pessoas com deficiência, são atendidos em visitas domiciliares com a equipe multiprofissional, de acordo com a demanda e o planejamento.

É importante que as EqSB mantenham rotina de educação em saúde nas escolas do seu território, incluindo atividades de escovação supervisionada, exame bucal com finalidade epidemiológica e aplicação tópica de flúor. De acordo com Brasil e Santos (2018), a escovação supervisionada pode ser uma atividade preventiva capaz de diminuir o impacto de doenças periodontais e perda precoce de unidades dentárias, desde que seja realizada com continuidade e frequência, numa perspectiva de cuidar das pessoas e torná-las aptas ao autocuidado, desenvolvendo mecanismos de autoestima e possibilitando a troca de conhecimento entre EqSB e a comunidade.

É importante lembrar que a simples presença das EqSB nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não garante um trabalho coletivo, pois a centralidade nos procedimentos clínicos odontológicos dificulta a colaboração, visto que o modo tradicional de formação do cirurgião-dentista ainda reforça o isolamento. Para tanto, espaços de educação permanente colocam em diálogo as necessidades dos atores envolvidos (trabalhadores, gestores, comunidade, lideranças), são momentos de debate de normas e valores que permitem o ensaio do enfrentamento de situações reais e complexas (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

Outra importante atividade que deve fazer parte da rotina das equipes é a educação em saúde. Tanto para percorrer os espaços entre o atendimento individual e coletivo, mas principalmente para dialogar com a população. É um modo de ensinar e aprender, um processo contínuo, que se retroalimenta e que vai diferir em cada realidade e de acordo com o conhecimento do território (ALVES, 2005 apud BRASIL; SANTOS, 2018).

De acordo com Brasil e Santos (2018), estimular a autonomia dos sujeitos é um ato complexo que precisa ser reconhecido por todos profissionais e gestores da saúde assim como pela comunidade e para isso a EqSB precisa se apresentar mais proativa, interativa e em alguns casos, liderar o processo educativo na comunidade. A educação em saúde é “uma prática social com potência para desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre seus problemas em saúde” (FALKENBERG et al., 2014 apud BRASIL; SANTOS, 2018; GAZZINELLI et al., 2005 apud BRASIL; SANTOS, 2018).

O reconhecimento do território como espaço vivo, como um processo dinâmico, não apenas um espaço delimitado é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população, permitindo o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

De acordo com os dados do SB Brasil 2010, mais de 28,8 % dos entrevistados referiram dor de dente nos 6 meses anteriores (BRASIL, 2012) e essa costuma ser a principal causa na busca por serviços de urgência odontológica. A partir do momento que há uma rede de serviços organizada, com fluxos estabelecidos, uma APS forte, é natural que a procura por demanda espontânea diminua, pois é um indicativo que a atenção à saúde está sendo resolutiva. O atendimento às urgências deve ser entendido como uma forma de acesso aos serviços e, resolvida a queixa principal, pode-se orientar os fluxos para continuação de tratamento, caso necessário. Sempre será um bom momento para verificar se aquela família está sendo acompanhada pelas equipes da unidade e se os dados pessoais estão atualizados, qualificando assim a apropriação do território.

Outro aspecto de importante impacto na condição de saúde da população, dentro do espectro de atuação da APS e com incidência relevante é o câncer de boca. O câncer de boca é mais comum em homens acima dos 40 anos, sendo o quarto tumor mais frequente no sexo masculino na região Sudeste (INCA, 2018). Esse tipo de câncer é o quinto de maior incidência em homens e o sétimo em mulheres, no país (BORGES et al., 2008 apud GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

O diagnóstico precoce é fundamental para um desfecho favorável. Assim, a EqSB também deve atuar no processo de educação permanente da EqSF e do NASF, ampliando o espectro do diagnóstico precoce de lesões bucais e agilizando o atendimento odontológico. Após avaliação e confirmação de lesão que não cicatriza, com história relatada pelo paciente de piora e crescimento, é importante realizar biópsia. Em caso de diagnóstico de câncer, o paciente deverá ser encaminhado para o médico especializado e terá seu tratamento instituído mais precocemente, com impacto no prognóstico e no resultado funcional e de qualidade de vida (INCA, 2018).

É também papel da EqSB atuar em atividades que promovam a alimentação saudável, boa higienização bucal, redução e cessação do hábito de fumar, controle do uso de bebidas alcoólicas, incentivo ao autoexame e à proteção aos raios UVA/UVB por meio do uso de bonés/chapéus e protetores labiais com filtro solar, em especial para usuários que atuam em atividades profissionais em áreas externas como pescadores, vendedores ambulantes,

profissionais da construção civil, agricultores. Essas atividades devem ser realizadas preferencialmente em âmbito coletivo, como em salas de espera, grupos terapêuticos, sindicatos, associações profissionais, empresas, mas também podem ser fomentadas durante consultas ou acolhimentos.

Como fator de risco para diferentes tipos de câncer, o tabagismo deve ser tratado como assunto frequente em atividades de educação em saúde e presente nas políticas públicas. A política antifumo do Ministério da Saúde é uma referência mundial, mudando o comportamento de gerações em ambientes livres de tabaco, restrições em propagandas e, principalmente, fazendo que o “senso comum” identifique o fumar como algo não saudável e “politicamente incorreto”.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em parceria com estados e municípios, faz articulação de uma rede de tratamento organizada segundo a lógica de descentralização do SUS e oferece nas UBS, de acordo com programação local, acompanhamento e tratamento dos tabagistas com consultas, grupos terapêuticos, dispensação de medicamentos e outras ações.

A APS utiliza tecnologias de baixa densidade e alta complexidade, para resolver os problemas de maior relevância e frequência, no território que atua. Para que ocorra uma maior valorização desse nível de atenção é importante que sejam adicionados procedimentos mais complexos. A PNSB prevê a inclusão de restaurações complexas, a fase clínica da reabilitação protética e a alta resolubilidade das urgências. Para que essa ampliação das atividades ocorra, é necessária uma gestão participativa, uma boa organização da atenção e um financiamento contínuo e adequado.

Apesar da expansão da saúde bucal na APS as EqSB ainda enfrentam muitos desafios. Reis et al. (2019) identificam alguns desses desafios: barreiras de acesso aos serviços de SB (em especial pelo número insuficiente de EqSB para a população), falhas no diagnóstico precoce e acompanhamento de casos de câncer de boca, reabilitação com próteses dentais insuficiente. Podemos dizer que o alcance da saúde bucal ainda é um desafio para os brasileiros.

A pesquisa nacional, de 2003, identificou 20% da população brasileira, totalmente, edêntula (BRASIL, 2004b). O Projeto SB Brasil 2010 investigou o edentulismo através da necessidade do uso de próteses parciais ou totais e verificou importante redução da necessidade de próteses nas faixas etárias adolescente (menos 52%) e adulto (menos 70%), entretanto, nos idosos, os valores se mantiveram próximos nos dois últimos levantamentos, com a alarmante soma de termos mais da metade da população idosa edêntula, dados similares encontrados em 2003 e 2010 (BRASIL, 2012).

Estava previsto o 5º levantamento epidemiológico nacional - projeto SB Brasil 2020, porém, em decorrência da pandemia da COVID-19, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal adiou as ações relacionadas à coleta de dados. Este levantamento contará com a participação de aproximadamente 40 mil pessoas em várias regiões do país, e tem como objetivo proporcionar à gestão do SUS informações para o planejamento de políticas e programas em SB nas três esferas de governo (BRASIL, 2020).

Como já foi demonstrado em diversos estudos, investir em APS é mais barato e traz mais saúde para a população. Segundo estudos, essa capacidade de resolução na APS, foi de 95% em países europeus (STARFIELD, 2002 apud MENDES, 2019), de 87,5% na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (GUSSO, 2009 apud MENDES, 2019), de 91% no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (TAKEDA, 2013 apud MENDES, 2019) e de 95% em Toledo - Paraná (FREITAS, 2016 apud MENDES, 2019). Provavelmente, o mesmo ocorra com a APS em SB. Quanto mais organizada for a ASB na APS, haverá menos encaminhamentos para os níveis secundários e terciários, e conseqüentemente, poderá resolver a maioria dos problemas de saúde bucal a um custo mais baixo e com efetividade (MENDES, 2019).

Consideram-se como satisfatório os encaminhamentos de até 20% do número dos casos, para os demais serviços da rede, sendo que destes, cerca de 5% das consultas de clínica geral resultem em encaminhamentos (STARFIELD, 2004). Isso significa atuar antes, prevenir, restaurar mais e extrair menos elementos dentais, fazer mais escovações e profilaxias e evitar que a doença cárie se manifeste, evitar endodontias, prevenir que lesões se agravem, dar autonomia e autoestima às pessoas e empoderá-las para diversas situações de saúde e de vida.

3.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA APS

A avaliação em saúde é uma importante atribuição da gestão, primordial para análise da pertinência, eficácia, efetividade e qualidade das ações e serviços implementados. Tal ação está prevista na PNAB, indicado como responsabilidade comum a todas as esferas de governo estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da APS, como parte do processo de planejamento e programação (BRASIL, 2017a).

A avaliação também é importante na geração de conhecimento, no âmbito científico. O conceito de avaliação pode ser entendido como:

[...] emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre

essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CHAMPAGNE et al., 2011a, p. 44).

No Brasil, um marco para a avaliação da atenção básica em saúde foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados à melhoria permanente da qualidade dos serviços e do processo de trabalho e gestão e das ações ofertadas aos usuários do SUS. O objetivo principal do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS com garantia de manter um padrão de qualidade comparável em todas as esferas de governo, sendo que o programa tem a adesão voluntária tanto por parte dos gestores como das equipes e é um programa de pagamento por desempenho (BRASIL, 2017b).

O PMAQ-AB usa um modelo de avaliação constante e sistêmico, baseado na teoria de Donabedian (1966 apud USO..., 2018) de estrutura, processo e resultados, explicitado nos seus módulos de avaliação das equipes de APS (EqSF, EqSB) correspondem à:

- Estrutura - às qualidades estáveis, referenciadas nas condições físicas, organizacionais, recursos e instrumentos;
- Processo – a soma de compromissos que interconectam profissionais e usuários em atividades desenvolvidas;
- Resultados – as transformações que convalidam o estado de saúde dos usuários, concernentes ao cuidado prévio.

Após avaliação externa do PMAQ-AB, as equipes de saúde que aderem ao programa, recebem uma certificação segundo o seu desempenho, baseada em três eixos de avaliação: autoavaliação, monitoramento dos indicadores e avaliação externa.

No Brasil, o 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2011-2012, o 2º ciclo em 2013-2014 e o 3º em 2017-2018 (BRASIL, 2013; 2017b).

Em SC, no 1º ciclo, o desempenho das EqSB foi igual ao da EqSF/ ou AB; no 2º ciclo, o desempenho foi calculado considerando cada equipe separadamente (EqSB e EqSF/AB), sendo que a maior parte das equipes de SC receberam o conceito acima da média no 1º e no 2º ciclo, com aumento das equipes com desempenho muito acima da média no 2º ciclo (SANTA CATARINA, 2016). O banco de dados utilizados neste estudo é referente ao terceiro ciclo.

Iniciado em 2004 o Projeto de Consolidação do Monitoramento e Avaliação da APS, firmou parceria da (SES – SC) Secretaria Estadual de Saúde - Santa Catarina com a UFSC, através do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC) (COLUSSI; CALVO, 2011). O projeto teve como finalidade a institucionalização da avaliação, orientado pela compreensão de que os níveis estratégicos, táticos e operacionais deveriam estar envolvidos em todo processo de avaliação, desde a construção do modelo.

O modelo de “Avaliação da Gestão da Atenção Básica”, desenvolvido a partir da referida parceria entre a SES/SC e NEPAS/ UFSC, utiliza indicadores quantitativos, dados primários e secundários e foi utilizado para avaliação periódica dos municípios catarinenses durante os anos de 2008 a 2011 (NICKEL et al., 2014). Este modelo foi adaptado para a saúde bucal por Colussi e Calvo (2011), nas dimensões Provimento da Atenção Básica em SB e Gestão da Saúde Bucal, e concluiu que o modelo é aplicável em municípios catarinenses de diferentes portes e pode auxiliar gestores na identificação de pontos e ações que merecem maior atenção.

O modelo é composto por 40 indicadores, nas duas dimensões. A dimensão do Provimento prioriza a integralidade e a universalidade nas subdimensões de promoção e prevenção e de diagnóstico e tratamento, durante o ciclo vital (criança, adolescente, adulto e idoso). A dimensão da Gestão tem foco nas ações relacionadas ao princípio de equidade e é composta pelas subdimensões: atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, que englobam a garantia de acesso aos serviços.

3.3.1 Atributos da APS em estudos de avaliação em saúde bucal

Para conhecer como os atributos da APS têm sido estudados em avaliações da atenção à saúde bucal no Brasil, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando o descritor “Saúde Bucal” associado à “Atenção Primária à Saúde” ou “Atenção Básica em Saúde” e “Avaliação em Saúde”, no período 2003 a 2019. A data de início da pesquisa se justifica por ser a data de implantação da PNSB.

Localizou-se 523 artigos, nas seguintes bases de dados: Pubmed (n=433), BVS (n=36), Scielo (n=33), Scopus (n=11) e Web of Science n=10). Deduzidos os 64 duplicados, totalizaram 459 artigos. Iniciada a leitura dos títulos foram removidos os artigos com assuntos fora de interesse como assuntos clínicos (n = 204), ensino (n = 23), atenção secundária e terciária (n = 7) e demais temas como programas específicos de outros países e estudos epidemiológicos, resultando 178 publicações para a leitura de resumos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 74 artigos, lidos na íntegra. Enfim, foram selecionados 45 artigos cujo objeto de

estudo eram as EqSB e, estes, analisados com intuito de verificar a presença, explícita ou não, dos atributos da APS. Em cada atributo foi verificado, especialmente, os indicadores, medidas e parâmetros mais utilizados nos estudos.

O maior volume de publicações foi localizado no período de 2011 a 2019, 41(91%), em periódicos nacionais 35 (78%), com abordagem quantitativa 34 (76%), de abrangência nacional 18 (40,0%).

O PCATool, ferramenta para avaliação da APS, é um importante instrumento de avaliação das características estruturais e processuais da APS. Instrumento validado em vários países foi validado para serviços de APS no Brasil. Permite avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (HAUSER et al., 2013). Essa ferramenta possui ajuste para aplicação na SB com versão para pacientes e versão para profissionais e foi utilizado em alguns estudos analisados (BRASIL, 2020).

Alguns autores utilizaram, especificamente, os atributos essenciais da APS como referencial de avaliação da SB e a partir deles propuseram os indicadores. Outros não assumiram o marco referencial tão claramente, mas discutiram em alguns momentos, os indicadores utilizados à luz dos atributos. Atenção ao Primeiro Contato (88,9%) e Integralidade (84,4%) foram os atributos mais referidos nos estudos analisados e a Coordenação menos frequente (24,4%).

Observou-se uma diversidade de indicadores utilizados nos estudos que estão apresentados no Quadro 2 e comentados em tópicos a seguir.

Quadro 2 - Descrição nominal dos indicadores apresentados por atributo

ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	LONGITUDINALIDADE	INTEGRALIDADE
Acolhimento Adequação da EqSB Barreiras de acesso Classificação de risco Cobertura de atendimento odontológico Cobertura populacional	Continuidade Vínculo Total de medidas LONG: 2	Assistência Proporção de exodontias Atenção especializada Atenção hospitalar Auto percepção em saúde bucal: Diagnostico de lesões de mucosa e atenção ao Câncer bucal
Horário de funcionamento	COORDENAÇÃO	Estrutura, equipamentos, instrumental e insumos
Localização geográfica do serviço Organização da agenda Paralisação do serviço de saúde bucal	APS como porta de entrada Coordenação do trabalho Ferramentas de referência e contra-referência	Planejamento Prevenção Coletiva Prevenção Coletiva: Educação em Saúde bucal

Satisfação do usuário quanto ao acesso Transporte para os usuários	Monitoramento	Prevenção Individual
Total de medidas APC: 12	Total de medidas COORD: 4	Promoção Reabilitação protética Visita domiciliar Total de medidas INTEG: 14

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

3.3.1.1 Atenção ao Primeiro Contato (APC)

O atributo da Atenção ao Primeiro Contato esteve presente em 40 artigos (88,9%). Os indicadores mais utilizados foram Acolhimento, Organização da Agenda e Cobertura de Atendimento Odontológico.

A rotina do acolhimento foi verificada pelas perguntas: “A EqSB acolhe a demanda espontânea?” (FAGUNDES et al., 2018; MOIMAZ et al., 2015; NEVES et al., 2017; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019), "Quando você procura atendimento odontológico sem hora marcada, é atendido?" (ALDOSARI et al., 2017; AMORIM et al., 2019) , “Há alguém que possa vê-lo no mesmo dia?” (BASTOS et al., 2019). E pelas afirmações: “É fácil conseguir tratamento odontológico onde sou atendido” e “Conversar com o dentista, sempre que eu preciso, é fácil.” (OLIVEIRA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2018).

Também foi verificada a existência e uso de protocolo para acolhimento do paciente (REIS et al., 2017, 2019).

O indicador Organização da Agenda foi medido através da diversidade dos tipos de atendimentos odontológicos -agendados/programáticos, por demanda livre e atendimentos de urgência- (MELO et al., 2016a; COLUSSI; CALVO, 2011; MELO et al., 2016b; ALDOSARI et al., 2017; SANTOS; HUGO, 2018; ESSVEIN et al., 2019), facilidade de agendamento (NASCIMENTO et al., 2019; BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013; ALDOSARI et al., 2017; MARTINS et al., 2016; SANTOS et al., 2019), agendamento de grupos prioritários (através da ACS ou não) (MELO et al., 2016a; COLUSSI; CALVO, 2011; MELO et al., 2016b; ALDOSARI et al., 2017; MOIMAZ et al., 2015) e realização de Visita Domiciliar pela EqSB (COLUSSI; CALVO, 2011; MACHADO; SOUZA; NORO, 2018). Santos e Hugo (2018) e Essvein et al. (2019) usaram esse indicador através do compartilhamento da agenda.

A Cobertura de atendimento odontológico foi medida, principalmente, através da Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programada (total de primeiras consultas dividido pelo total da população em determinado local), presente em 10 dos quarenta artigos

(COLUSSI; CALVO, 2011; PIMENTEL et al., 2014; FERNANDES; PERES, 2005; VIANA et al., 2019; MELO et al., 2016b; MACHADO; SOUZA; NORO, 2018; SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017; MARTINS et al., 2016; BULGARELI et al., 2014; PALMIER et al., 2012). Esta medida foi utilizada, também, em faixas etárias específicas: crianças, adolescentes, idosos.

Schwendler, Faustino-Silva e Rocha (2017) utilizaram como meta o alcance de uma consulta ao ano às crianças de 0 a 4 anos. Palmier et al. (2012) relataram que a SES de Minas Gerais considerou como parâmetro a cobertura de Primeira Consulta de 12,52% em 2006.

O indicador Cobertura Populacional foi medido através da: proporção entre total de EqSB e de EqSF, Proporção de EqSB pela população, Proporção do número de CD pela população ou total de horas do CD pela população.

Geralmente visando a equiparação entre o número de EqSB e EqSF, foi muito utilizada a medida proporção de EqSB e EqSF (COLUSSI; CALVO, 2011; SILVA et al., 2011; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; PEREIRA et al., 2014; FERNANDES et al., 2016; MARTINS et al., 2016; SCARPARO et al., 2015; BASTOS et al., 2019). Segundo Godoi, Mello e Caetano (2014) a meta para SC utilizada no estudo foi proporção de 45% entre as EqSB e EqSF.

Na medida Proporção de EqSB pela população, Martins et al. (2017) utiliza como parâmetro a cobertura de 50% da população. Pereira et al. (2014) utiliza, em municípios paraibanos, o parâmetro de cobertura de uma EqSB para até 3.450 usuários. De forma semelhante Neves et al. (2017) e Neves, Giordani e Hugo (2019) utilizaram como parâmetro até 4.000 usuários para uma EqSB.

Finalizando este indicador, na medida, proporção número de CD pela população, Fernandes e Peres (2005) utilizaram razão entre o número de cirurgiões dentistas cadastrados pelo SUS para cada 1.000 habitantes. Também utilizaram essa medida Godoi, Mello e Caetano (2014), Fernandes et al. (2016) e Palmier et al. (2012). De forma semelhante, Colussi e Calvo (2011) e Martins et al. (2016) o mediram pelo total de horas do CD pela população.

O indicador Barreiras de Acesso esteve presente e mensurado como número insuficiente de EqSB para o total da população (REIS et al., 2019), pelo percentual de usuários que procuraram atendimento odontológico e não obtiveram (CHAVES et al., 2012; PEREIRA et al., 2009), fila de espera para o especialista (CHAVES et al., 2012), após o agendamento, tempo de espera para a consulta superior a 7 dias (ALDOSARI et al., 2017; MACHADO; SOUZA; NORO, 2018) e no dia, tempo de espera para ser atendido acima de trinta minutos (NASCIMENTO et al., 2019; BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013).

Segundo Reis et al. (2019), o longa fila de espera para consultas, além de constituir-se como uma barreira de acesso, ainda gera absenteísmo e ociosidade da equipe. Este estudo ainda elencou como barreiras: o ato de fazer a classificação de risco e não a utilizar para priorizar o agendamento de consultas; e, a forma de agendamento de consultas com horário e data fixos pré-definidos, engessando as opções para os usuários.

O indicador Paralisação do Serviço de SB foi medido de duas formas: paralisação por falta de Recursos Humanos (NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009; COLUSSI; CALVO, 2011) e por problemas de infraestrutura (NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009).

O indicador Adequação da EqSB foi medido através da modalidade da EqSB (BAUMGARTEN et al., 2018; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; NEVES et al., 2017; MARTINS et al., 2017; HIROOKA et al., 2018; ESSVEIN et al., 2019).

O indicador Horário de Atendimento foi medido pelo Atendimento em horário de almoço (HIROOKA et al., 2018), aos finais de semana (NASCIMENTO et al., 2019; HIROOKA et al., 2018), no terceiro turno (COLUSSI; CALVO, 2011; NASCIMENTO et al., 2019; NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009) ou o total de turnos trabalhados por semana (MOURA et al., 2013; BAUMGARTEN et al., 2018; HIROOKA et al., 2018; ESSVEIN et al., 2019).

Enfim, para avaliar a APC, Melo et al. (2016b) e Essvein et al. (2019) utilizaram o indicador Localização do Serviço buscando verificar se o consultório odontológico está localizado na UBS, o que facilita a utilização.

3.3.1.2 Longitudinalidade

Nos artigos analisados este atributo é o que tem menor variedade de indicadores e medidas. Este aparece em 37,8% dos artigos selecionados. Os artigos que o citaram usaram os indicadores referentes a vínculo e continuidade.

Para o vínculo, foi utilizada a possibilidade do paciente ser agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento (COLUSSI; CALVO, 2011), a realização de educação permanente (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014), a proporção de EqSB/ EqSF e EqSB/ população (PALMIER et al., 2012; PIMENTEL et al., 2014; OLIVEIRA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2018) e a alta carga horária de trabalho (MOURA et al., 2013; ESSVEIN et al., 2019). Questões interpessoais incluindo a percepção do paciente em relação ao profissional e a qualidade do tratamento também foram recorrentes (BRUNHAUSER; MAGRO; NEVES, 2013; MATTOS et al., 2015; ALDOSARI et al., 2017; AMORIM et al., 2019).

Para a questão da continuidade do atendimento foi utilizado a garantia de agendamento de retornos (BALDANI et al., 2017; NEVES et al., 2017; REIS et al., 2017; SANTOS; HUGO, 2018; SANTOS et al., 2019) e sua relação com a adesão ao tratamento e relação de confiança, ressaltando sua importância para o rastreamento de casos e a prevenção de doenças e agravos (REIS et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2019). Baldani et al. (2017) ao avaliarem a associação entre a qualidade da APS e o uso de serviços odontológicos por pré-escolares usaram uma versão do PCATool adaptada e a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança a partir de questionários. Os indicadores utilizados para analisar o atributo da longitudinalidade foram: indicar uma fonte regular de assistência (ESF ou APS tradicional) e fazer referência a um dentista.

A construção do vínculo, importante no cumprimento deste atributo, exige a fixação dos profissionais da EqSB nas UBS. Diversos estudos referem o não cumprimento da longitudinalidade, devido equipes incompletas, frágeis contratos de trabalho, insuficientes concursos públicos e por consequência pouco RH efetivo.

A rotatividade de profissionais impede a fixação e conseqüente formação de vínculo. Uma causa impeditiva para a geração de continuidade é a utilização de contratos temporários para composição de EqSB, o que, segundo Cericato, Garbin e Fernandes (2007) pode ser um fator limitante para o trabalho da equipe e impacta desde a qualificação dos profissionais até as atividades desempenhadas.

3.3.1.3 Coordenação

Este atributo esteve presente em onze dos quarenta e cinco artigos (24,4%). A maioria (81,8%) utilizou como indicador “Ferramentas de referência e contrarreferência”, sendo medido através da referência à atenção secundária, uso de protocolos, guias e formulários para formalização destes encaminhamentos ao serviço especializado, e, sua devolutiva, a contrarreferência.

Vários estudos indicaram a existência de articulação da Atenção Secundária em SB com a APS (MELO et al., 2016; COLUSSI; CALVO, 2011; CHAVES et al., 2012; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MACHADO; SOUZA; NORO, 2018; MOIMAZ et al., 2015; MARTINS et al., 2016; BALDANI et al., 2017). De forma semelhante os autores Godoi, Mello e Caetano (2014), Baldani et al. (2017), e Nascimento et al. (2019) citam a importância do prontuário eletrônico ou acesso ao prontuário como indicação de controle da informação e conseqüente controle do acesso aos serviços especializados.

Outros indicadores presentes foram a regulação em SB através da realização de referência formal dos serviços de urgência para APS (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014), a continuidade do tratamento através da busca ativa a faltosos (AMORIM et al., 2019) e atuação multiprofissional através dos encaminhamentos de adolescentes a partir da SB da APS a outros profissionais (COLUSSI; CALVO, 2011).

3.3.1.4 Integralidade

A integralidade esteve presente em trinta e oito dos quarenta e cinco artigos selecionados (84,4%). Foi o atributo que teve maior variedade de indicadores e medidas.

Para expressar a integralidade foram utilizados indicadores (Quadro 2) que avaliaram principalmente a assistência, especialmente através dos procedimentos individuais que a EqSB realiza na atividade clínica, mas também indicadores que denotam promoção e proteção, prevenção (coletiva e individual), reabilitação protética, planejamento, diagnóstico de lesões de mucosa -com acompanhamento dos casos de câncer bucal- e um conjunto relacionado a estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos.

O indicador de promoção e proteção esteve relacionado com a intersetorialidade e incluiu dois grupos de medidas: ações de educação em saúde (COLUSSI; CALVO, 2011; BALDANI et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2019) e de fluoretação das águas de abastecimento (COLUSSI; CALVO, 2011; FERNANDES; PERES, 2005; SCARPARO et al., 2015; NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009; MARTINS et al., 2016).

A educação em saúde realizada pela EqSB juntamente à equipe multiprofissional foi medida pelo percentual de unidades de saúde com grupo de educação em saúde (idoso, gestante, criança) com a presença de um profissional de saúde bucal, seja na própria unidade de saúde como na comunidade. A fluoretação foi avaliada pela proporção de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano e verificou a evolução da fluoretação das águas de abastecimento público nos municípios.

O indicador prevenção foi dividido em ações realizadas pela EqSB: coletivas e individuais. Na prevenção coletiva a medida mais recorrente foi atividade coletiva de escovação supervisionada, presente em 13 dos 36 artigos (36%) que avaliaram a integralidade. Essa medida estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação de um profissional de saúde bucal com o objetivo de prevenção de doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal) sendo o parâmetro utilizado pelo Ministério da saúde de

8 residentes por 100 habitantes ao ano, sendo que valores abaixo de 8 seriam considerados insatisfatórios (MARTINS et al., 2017).

Ainda nas ações de prevenção coletiva foi citado como medida: a aplicação tópica de flúor, exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde e realização de bochechos fluoretado (FERNANDES; PERES, 2005; ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Chamou a atenção a falta de relato sobre entrega de escovas ou outros itens de higiene, assim como não houve menção à revelação de placa, nem como procedimento individual nem atividade coletiva.

Em relação à prevenção individual, é importante salientar que esse indicador esteve separado da assistência, mesmo que sejam procedimentos individuais que o compõem, para diferenciar do quantitativo de procedimentos os que são preventivos. Estes concentram importante responsabilidade das EqSB, visto que são anteriores à cura/tratamento onde já houve a instalação da doença. São exemplos de medidas para esse indicador: aplicação tópica de flúor individual por sessão, aplicação de selante, profilaxia, tartarectomia, adequação do meio bucal (total de procedimentos não invasivos / total de procedimentos na faixa etária (COLUSSI; CALVO, 2011) e orientação de higiene bucal (COLUSSI; CALVO, 2011; MENDES et al., 2017; SCARPARO et al., 2015; MACHADO; SOUZA; NORO, 2018; ALMEIDA; FERREIRA, 2008; MOURA et al., 2013; NEVES et al., 2017; REIS et al., 2017; MARTINS et al., 2016; PALMIER et al., 2012; REIS et al., 2019).

A assistência está indicada como procedimentos, e entre eles estão todos os próprios da APS em SB e também os da atenção secundária (OLIVEIRA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2018). Estes, através das cinco especialidades obrigatórias do CEO (FAGUNDES et al., 2018), mas também Odontopediatria (COLUSSI; CALVO, 2011); visando, ao oferecer serviços odontológicos especializados, possibilitar cuidado mais integral e resolutivo (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Ainda em relação à atenção secundária, foi pesquisada a existência e uso de protocolo para fluxo de tratamento para esse nível de atenção (FAGUNDES et al., 2018). Outra medida foi a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (PALMIER et al., 2012), que indica a resolutividade da APS. Apenas um artigo avaliou a atenção terciária e o sistema de apoio através da assistência farmacêutica, oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico feito por laboratórios de patologia bucal, serviços de radiologia odontológica e prótese dentária, e a existência de laboratório regional de prótese dentária LRPD (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

A assistência englobou todas as medidas relacionadas às atividades diárias da EqSB no tratamento individualizado dos usuários. Foram amplamente utilizados nos estudos os

procedimentos básicos relacionados à dentística (restaurações em dentes permanentes com amálgama ou resina composta, restaurações em decíduos), cirurgia (exodontias de dentes permanentes, exodontia de dente impactado, exodontias de decíduos, frenectomia, ulectomia, remoção de cistos, sutura de lesões), endodontia (acesso à polpa, medicação intracanal, pulpotomia), periodontia básica e demandas espontâneas (urgências, prescrição de medicação, drenagem de abscesso, tratamento de alveolite).

Importante lembrar que a assistência foi avaliada além dos grupos de procedimentos, também por faixa etária ou ciclos de vida (COLUSSI; CALVO, 2011; MARTINS et al., 2016; BALDANI et al., 2017; ESSVEIN et al., 2019; SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017).

Palmier et al. (2012) utilizaram como medida a proporção de procedimentos restauradores pela equação do total de procedimentos relacionados à dentística pelo total de procedimentos individuais. Pimentel et al. (2014) e Palmier et al. (2012) utilizaram a média de procedimentos odontológicos básicos individuais através do número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período. Machado, Souza e Noro (2018) utilizaram como medidas as ações curativas (restaurações, exodontias e RAP) e Ações não eletivas (Proporção de casos de traumatismos e de urgências) para construir seu modelo de avaliação da saúde bucal em adolescentes.

Ainda sobre a assistência foi bastante utilizado para verificar o cumprimento da integralidade a concentração de tratamento completado, indicando que a equipe trabalha com resolubilidade (MELO et al., 2016a; COLUSSI; CALVO, 2011; VIANA et al., 2019; SANTOS; HUGO, 2018; MARTINS et al., 2016; BULGARELI et al., 2014). A medida mais utilizada foi o número total de procedimentos na faixa etária dividido pelo total de Tratamentos Completados na faixa etária no mesmo período. Também foi utilizado o total de Tratamentos Concluídos pelo total de primeiras consultas programáticas (VIANA et al., 2019).

Dentro da assistência na APS, esteve presente a assistência clínica, no consultório e a assistência domiciliar. Esta, especialmente pela medida “Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?”, com o intuito de identificar a presença do cirurgião-dentista na visita domiciliar (NEVES et al., 2017; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; MOURA et al., 2013). Também foi citada a realização de visita domiciliar ao idoso com limitação incapacitante por Colussi e Calvo (2011) e Nickel, Caetano e Calvo (2009) e verificado se a visita é feita de acordo com a demanda ou necessidade da equipe multiprofissional com o uso ou não de protocolo para definição de prioridades (SCARPARO et al., 2015; MOIMAZ et al., 2015). Não

foi identificada citação do uso de consultório portátil ou unidade odontológica móvel, que está presente nas diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004a).

Esteve presente em alguns artigos uma medida clássica para avaliar a ASB, que é a proporção de exodontias. Essa medida afere o não alcance da integralidade, indicando que o serviço avaliado reproduz o modelo biomédico, com grande proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos individuais, o que mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no município (FERNANDES; PERES, 2005). Ou o oposto: pequena proporção de extrações indica maior qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que as ações realizadas abrangem maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. O parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde é de 8%, comparando o total exodontias pelo total de procedimentos individuais: $<8\%$ indica qualidade e $\geq 8\%$ indica mutilação dental (MARTINS et al., 2017).

Houve uma preocupação grande com as questões de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos para analisar as condições que a EqSB possui de fazer a assistência integral. Os estudos relacionaram o grau de infraestrutura e materiais para realizar a assistência individual e os relacionados com as atividades preventivas e coletivas. Para isso, as medidas utilizadas foram relacionadas à estrutura física da rede, existência de CEO (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MELO et al., 2016b; SCARPARO et al., 2015; MOIMAZ et al., 2015) e LRPD (MELO et al., 2016b; MOIMAZ et al., 2015), presença de Equipamentos e insumos (BAUMGARTEN et al., 2018; HIROOKA et al., 2018; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; OLIVEIRA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2018) e instrumentais mínimos para realização dos procedimentos assistenciais (BAUMGARTEN et al., 2018; HIROOKA et al., 2018; NEVES et al., 2017; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Relacionado a lesões bucais, as medidas foram desde prevenção e diagnóstico de lesões orais -com existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa-, citado por Colussi e Calvo (2011), Nickel, Caetano e Calvo (2009), Neves et al. (2017) e Reis et al. (2017) e a execução de procedimento de biopsia (realizadas na APS ou encaminhadas para referência, citada por Colussi e Calvo (2011) e Machado, Souza e Noro (2018) até acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer bucal nos serviços de referência (registro e/ou acompanhamento de casos de câncer bucal com ou sem documentação (NEVES et al., 2017; REIS et al., 2017; MENDES et al., 2019). Também foram utilizadas as questões “A ESB possui documentos que comprovem o registro de casos suspeitos/confirmados de câncer bucal?” e “A ESB tem referência ao encaminhamento de casos suspeitos/confirmados de câncer bucal?” compiladas pelo PMAQ (MENDES et al., 2017).

Outro indicador bastante utilizado foi a presença de serviço de próteses dentária no município, realizado na APS ou na referência, que é nomeado como reabilitação protética. As medidas variam desde ações para identificar pessoas que precisam de próteses dentárias no território da EqSB, citados por Mendes et al. (2017) e Reis et al. (2017); até os procedimentos protéticos: moldagem, instalação e adaptação de prótese, visita de retorno para avaliar a instalação das próteses, cimentação de próteses (REIS et al., 2017; MENDES et al., 2017; MENDES et al., 2019; REIS et al., 2019, GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009).

Para finalizar o atributo integralidade, verificou-se o uso do indicador planejamento, que teve como medidas a realização de atividades de planejamento e programação pelas EqSB, citadas por Essvein et al. (2019) através de reuniões de planejamento multiprofissionais, reuniões de equipe e reuniões com usuários, nos estudos de Machado, Souza e Noro (2018) e Moimaz et al. (2015). Realização de monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal e apoio à EqSB para planejamento (ESSVEIN et al., 2019). E ainda, atividades relacionadas à epidemiologia, através de levantamentos de necessidades bucais para planejar ações (MACHADO; SOUZA; NORO, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários. O objeto de análise é a Atenção à Saúde Bucal na APS nos municípios de SC. Segundo Champagne e colaboradores (2011a), a pesquisa avaliativa visa analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção.

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Foram pesquisados os municípios catarinenses que participaram do PMAQ-AB, nos módulos I, II, V e VI. Os municípios com adesão inferior a 70% das EqSB foram excluídos a fim de garantir fidedignidade com a realidade local. Totalizando sete municípios não incluídos.

Os municípios que não aderiram ao PMAQ nos módulos correspondentes à saúde bucal, Módulos V e VI, também foram excluídos da pesquisa, num total de dezenove municípios.

O banco de dados foi estruturado com os 268 municípios que atenderam aos critérios, totalizando 90,8% dos municípios catarinenses.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são as equipes de Saúde Bucal de SC que participaram do PMAQ-AB e responderam aos módulos V e VI, juntamente com o restante da equipe de saúde (EqSF ou EqAPS) que responderam ao demais. Foram excluídas quatro EqSB cujas equipes da APS não responderam aos módulos I e II. Estas equipes pertenciam a três municípios.

Participaram do estudo 968 EqSB, 94% das 1030 cadastradas no CNES em 2017.

4.4 CONSTRUÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

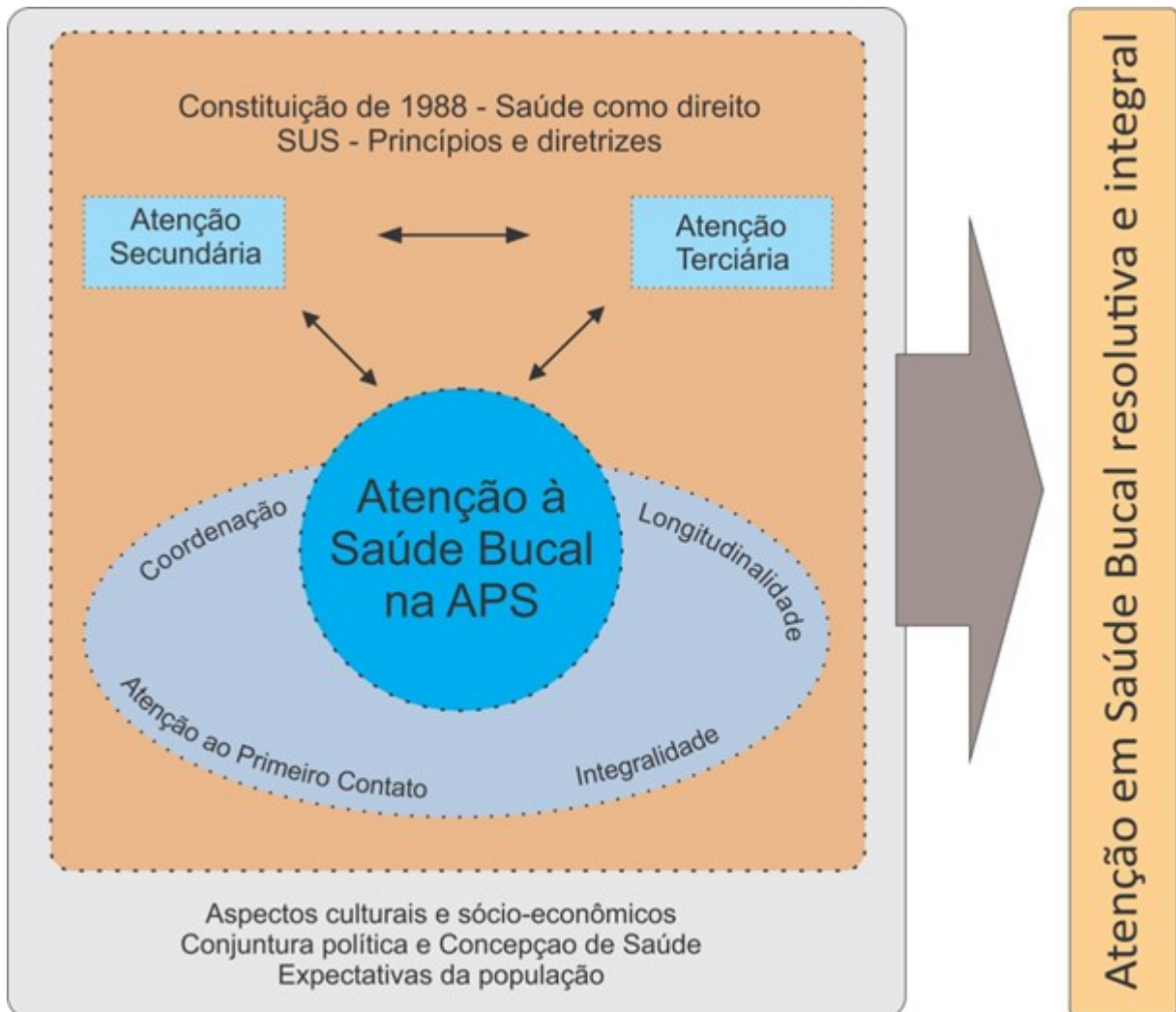
O modelo avaliativo teve como referencial teórico os atributos da Atenção Primária em Saúde proposto por Bárbara Starfield (2004), adaptados à saúde bucal.

4.4.1 MODELO TEÓRICO-LÓGICO E MATRIZ AVALIATIVA

Para avaliar uma intervenção é preciso inicialmente compreender o seu funcionamento e relação com o contexto ao que se denomina modelização. Uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que inclui, em um determinado ambiente: agentes, uma estrutura, processos e um objetivo. A modelização é, portanto, uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e assim a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões (CHAMPAGNE et al., 2011b). Modelizar é representar o objeto, seus movimentos e relações tendo por referência uma construção teórica (HARTZ; SILVA, 2005).

A construção do modelo teórico-lógico inclui especificações sobre o problema, a população alvo, as condições de contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários para produzir os efeitos esperados e apresentam como vantagem uma maior precisão do desenho do programa, melhor manejo na definição das responsabilidades e melhor planejamento dos estudos avaliativos (HARTZ; SILVA, 2005). A construção do modelo teórico-lógico foi realizada com base na revisão da literatura e pesquisa documental, sintetizado no diagrama da Figura 2.

Figura 2 - Modelo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária segundo os atributos da APS



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No modelo proposto, o objeto de pesquisa está centralizado: ASB na APS. Próximos ao objeto estão os atributos da APS. Para formar a rede de ASB, está demarcado o fluxo com a atenção secundária e terciária, garantindo a integralidade da atenção e como resultado desejado uma Atenção à Saúde Bucal integral e resolutiva. Englobando toda essa rede, estão os princípios e diretrizes do SUS e a Constituição Federal, indicando o modelo de atenção de Saúde como direito. Externos ao campo da saúde estão os aspectos culturais, socioeconômicos, a conjuntura política, a concepção de saúde (individual ou coletiva) e as expectativas da população.

A proposta inicial do modelo foi apresentada e discutida nas atividades curriculares da disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A disciplina tem carga

horária de 45 horas, é composta por discentes do mestrado e doutorado e ministrada por docentes especialistas em avaliação em saúde e saúde bucal. Organizada em formato de oficina a disciplina tem como um dos objetivos validar modelos e instrumentos de projetos de avaliação.

Posteriormente o modelo teórico-lógico e a matriz foram discutidos com especialistas do grupo de pesquisa em avaliação do PPGSC em reuniões *on line*, devido a pandemia do Corona vírus.

A matriz avaliativa do presente estudo é composta por quatro dimensões, os atributos da APS, 29 indicadores e respectivas medidas (Quadro 3). Os Indicadores e medidas foram identificados na revisão de literatura. Ressalta-se que os indicadores e medidas escolhidos foram os que melhor exemplificam os atributos da APS em relação à SB e tinham disponibilidade de dados em sites oficiais ou pesquisas de domínio público, em especial no banco de dados da avaliação externa do PMAQ.

Quadro 3 - Matriz avaliativa da atenção à saúde bucal, segundo atributos da Atenção Primária em Saúde (com *rationale* de cada atributo/dimensão), contendo indicadores, medidas e fontes de evidência

INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE EVIDÊNCIA
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO (APC)		
<i>Rationale do atributo: APC compreende a acessibilidade (relacionado à estrutura) e a utilização (como processo de uso). Engloba toda forma que facilite o usuário ingressar no serviço, para que possa ser atendido a cada novo problema de saúde ou novo episódio do problema. A sedimentação desde "local" como referência para o usuário, fará com que ocorra a APC. A garantia de acesso tem papel importante na redução de morbidade e mortalidade e a realização da APC tende a obter melhores resultados com custos reduzidos. Sem o cumprimento deste atributo os demais não se concretizarão.</i>		
Acolhimento	Percentual de EqSB que faz acolhimento	PMAQ - VI.7.6 : exceto item 6
Cobertura Atendimento Odontológico	Cobertura de primeira consulta odontológica	PMAQ indicador 1.6
Organização da Agenda	Percentual de EqSB que oferece atendimento a consultas programadas e de demanda espontânea	PMAQ - VI.7.3 item 1 e 2
Atendimento de Urgência	Percentual de EqSB que oferta atendimentos de urgências	PMAQ - VI.7.4 item 1
Localização facilitada da EqSB	Percentual de EqSB que atende na mesma estrutura da EqSF ou equipe da APS	PMAQ - V.5.2
Acessibilidade	Percentual de EqSB lotada em UBS com estrutura adequada para cadeirantes ou PCDs	PMAQ - I.4.2.1;I.4.2.2; I.4.2.3 e I.4.2.5
Ampliação do Acesso à SB	Cobertura populacional de saúde bucal na APS	Indicador 19 da Pactuação Interfederativa (2017-2021) (BRASIL, [s.d.])
Identificação de pessoal e serviços	Percentual de EqSB lotada em UBS exibe dados da organização dos serviços e dos profissionais	PMAQ - I.4.3 item1, 2,3 e 5

Garantia de Insumos	Percentual de EqSB com insumos disponíveis em quantidade suficiente	PMAQ - V 9.5, 9.15, 9.17, 9.38, 9.42 , 9.55 e 9.57
LONGITUNIDALIDADE		
Rationale do atribulo: visa garantir uma fonte regular de atenção com acompanhamento do usuário ao longo do tempo. Tendo assim, o benefício de uma melhor atenção preventiva , através do reconhecimento da população adscrita. Desta forma, pode-se garantir uma atenção mais adequada e, por consequência, redução de hospitalizações e custos (STARFIELD, 2002).		
Vínculo	Percentual de EqSB que possui mapa do território	PMAQ - VI.3.3
Qualificação da Atenção	Percentual de EqSB lotadas em UBS que asseguram a privacidade do atendimento	PMAQ - V.5.4.5
Atenção voltada ao paciente	Percentual de EqSB com disponibilidade de horário para sanar dúvidas pós consultas ou análise de evolução de casos demandadas pelo usuário	PMAQ- VI.7.2 (item 2)
Planejamento das Ações	Percentual de EqSB que realiza atividade de planejamento das ações junto aos demais profissionais da APS	PMAQ - VI.4.1 e VI.4.2
Proporção entre equipes	Proporção de EqSF (ou EqAPS) por EqSB	PMAQ -VI.3.1
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		
Rationale do atribulo: está relacionado com a continuidade e o reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2002). Envolve os serviços presentes na APS e os que estão ao longo da rede (para atender necessidades menos frequentes e mais complexas).		
Disponibilidade de dados informatizados	Percentual de EqSB que registram os dados em prontuário eletrônico	PMAQ - VI.6.1.2
Regulação da Atenção	Município conta com central de regulação	PMAQ- II.12.7
Padronização dos fluxos de encaminhamento	Percentual de equipes que utiliza protocolos para encaminhamentos a outros níveis de atenção	PMAQ -VI.10.3
Referência e Contrarreferência	Percentual de EqSB que encaminha o usuário com informação sobre o atendimento e recebe informações dos especialistas	PMAQ -VI.10.4 e 10.5
Acompanhamento e Monitoramento do Cuidado	Percentual de equipe que acompanha e monitora o cuidado	PMAQ - VI.11.9
Atenção Interdisciplinar	Percentual de EqSB que realiza discussão de casos/projetos terapêuticos junto aos demais profissionais da APS	PMAQ - VI.4.4
Continuidade da atenção	Percentual de EqSB que garante o retorno para continuidade do tratamento	PMAQ - VI.7.12 item 1 ou 2
INTEGRALIDADE		
Rationale do atribulo: Integralidade é reconhecer e entender as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde. Inclusive as questões além dos serviços de saúde, como problemas sociais, econômicos, ambientais, e que sejam um fator de risco a doenças. Esse atributo compreende ações relacionadas desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, inclusas na APS ou em outros pontos da rede de atenção à saúde.		
Vigilância à saúde	Percentual de EqSB que fazem acompanhamento do perfil epidemiológico da população adscrita	PMAQ - VI.4.3
Educação em Saúde	Percentual de EqSB com disponibilidade de material para educação em saúde	PMAQ- V.10.2 (apenas resposta 1: sempre disponível)
Prevenção Individual	Percentual de EqSB que realiza procedimentos preventivos individuais	PMAQ - VI.7.5 (itens 1,2, 6 e 10)

Reabilitação protética	Percentual de EqSB que oferta de prótese dentária pela EqSB	PMAQ - VI.7.5, item 12
Atenção ao câncer de boca	Percentual de EqSB que realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer bucal com encaminhamentos na rede de ASB	PMAQ - VI.11.1 e VI.11.8
Oferta de consultas especializadas	Percentual de EqSB que ofertam de consultas especializadas em SB	PMAQ - VI.10.2
Intersetorialidade	Percentual de EqSB que realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território	PMAQ - VI. 7.1
Oferta adequada serviços de ASB na APS	Percentual de serviços ofertados	PMAQ indicador 4.2

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada com dados secundários provenientes da avaliação externa do PMAQ-AB ciclo três (módulos I, II, V e VI) e dados do SIA e SISAB/DATASUS.

As informações das EqSB foram inicialmente agregadas em nível municipal e então os municípios analisados e comparados entre seus pares, segundo porte populacional.

Para realizar a divisão dos municípios catarinenses por porte, foi escolhida a mesma referência de Colussi (2010), pelo estado de SC ter a especificidade de grande número de cidades com pequeno porte, qual seja:

- Porte 1: municípios com menos de cinco mil habitantes (n=97)
- Porte 2: municípios de cinco mil até dez mil habitantes (n=57)
- Porte 3: municípios com total de habitantes acima de dez mil até 50 mil (n=88)
- Porte 4: municípios acima de 50 mil habitantes (n=26)

Inicialmente procedeu-se a uma análise de estatística exploratória para verificar possíveis erros de digitação e consistência dos dados, seguidos de uma análise estatística descritiva para análise da distribuição. Na sequência os indicadores foram convertidos para o intervalo [0,1], em ordem crescente, assumindo-se como zero a pior situação e como 1 a melhor situação, em cada porte populacional, com o uso das fórmulas: a) Indicadores com variação positiva $(\text{Valor município} - \text{Valor mínimo}) / (\text{Máximo} - \text{Mínimo})$; b) Indicadores com variação negativa $(\text{Valor máximo} - \text{Valor município}) / (\text{Máximo} - \text{Mínimo})$.

Após a conversão os escores foram somados em cada dimensão, cujo resultado corresponde ao valor máximo esperado (VME) em cada atributo: Atenção ao Primeiro Contato (VME=9), Longitudinalidade (VME=5), Coordenação (VME=7), integralidade (VME=8). Assumiu-se como *satisfatório* o alcance de até 75% do VME, como *insatisfatório* o alcance de

menos de 50% do VME e *parcialmente satisfatório* os demais valores. Por fim procedeu-se análise comparada dos resultados segundo porte populacional com o uso do teste Qui-quadrado de Pearson e um nível de significância de 95%.

Os dados foram compilados e analisados por meio do software Microsoft Office Excel® e apresentados em forma tabular. Finalmente, apresentados os resultados finais com julgamento de valor da Saúde Bucal na APS, segundo os atributos, no Estado.

5 RESULTADOS

Atendendo as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta pesquisa, estão apresentados na forma de artigo científico. Será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

5.1 ARTIGO - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA: UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA: UMA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Joana de Oliveira Werlang
 Josimari Telino de Lacerda
 Cláudia Flemming Colussi

RESUMO: Pesquisa avaliativa da atenção à saúde bucal tendo como marco teórico os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS). Uma revisão bibliográfica e documental permitiu identificar indicadores utilizados com maior frequência em estudos avaliativos da saúde bucal na APS embasando o delineamento da matriz avaliativa composta por 29 indicadores consolidados nas dimensões: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. O estudo utilizou dados da avaliação externa do PMAQ (ciclo 3) e DATASUS de municípios catarinenses que aderiram ao programa com pelo menos 70% de suas equipes com respostas aos módulos I, II, V e VI. Participaram 268 municípios e 968 EqSB, correspondendo a 90,8% e 94,0% do universo. No julgamento por comparação assumiu-se como satisfatório o alcance de pelo menos 70% do valor máximo esperado em cada porte populacional. Os municípios catarinenses cumprem satisfatoriamente os atributos da APS na SB, mas apresentam desafios nos atributos Atenção ao Primeiro Contato (cobertura de 1ª consulta e acessibilidade) e Integralidade (reabilitação protética e oferta adequada de serviço). Verificou-se bom desempenho no atributo Longitudinalidade, especialmente nos municípios de menor porte populacional. A tradição da avaliação da APS em SC pode ser um dos motivos dos bons resultados da ASB encontrados. A inexistência de avaliação da SB conforme o cumprimento dos atributos da APS demonstra a importância deste estudo.

Palavras-chave: APS; Saúde bucal; Avaliação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

No último levantamento nacional de Saúde Bucal – SB (BRASIL, 2010) foi verificado que os grandes desafios continuam sendo a necessidade de reabilitação protética, e a cárie em dentição decídua (BRASIL, 2012b). O comportamento do alto consumo de alimentos

cariogênicos pode estar relacionado ao baixo índice de melhora nessa idade, pois o quadro epidemiológico relaciona a alimentação inadequada como importante fator de risco para diversas doenças crônicas, inclusive a cárie (BRASIL, 2021b).

A saúde bucal (SB) envolve dimensões funcional, social e emocional, com impacto na saúde geral e qualidade de vida da população. Uma boa saúde bucal tem capacidade de gerar autoestima positiva e empoderamento das pessoas (BRASIL, 2006). Assim, é uma questão de saúde pública manter uma boa condição de saúde bucal ao longo da vida do cidadão.

O SB 2010 revela que para crianças e adolescentes, as cáries não tratadas são o principal agravo e para adultos e idosos, a perda dentária -em consequência de cárie- é o principal problema. A maior parte dos problemas de SB é passível de ser resolvido na Atenção Primária a Saúde (APS) desde que seja resolutiva e de qualidade. APS é um conjunto de atividades que visam antever e intervir sobre os agravos em saúde, produzindo atenção integral, acompanhamento longitudinal, coordenação do cuidado nos diferentes pontos de atenção, sendo o contato preferencial do sistema de saúde (STARFIELD, 2004; CHOMATAS et al., 2013). Uma APS bem estruturada tem potencial de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2019).

No Brasil, a SB está incluída neste nível de atenção, e apresentou melhorias quando da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que foi um marco na atenção à saúde bucal no país e fruto da luta em busca de um modelo de atenção baseada em promoção, prevenção e recuperação da SB dos brasileiros. A PNSB visa atuar em várias frentes de ação e assim estruturar a ASB, com base nos preceitos do SUS, deixando de ser uma ação voltada a escolares e programas específicos, para tentar alcançar, de forma universal e integral, todos os níveis de atenção.

A melhoria das condições de SB da população pode ser atribuída em parte à implantação da PNSB. No entanto, a política foi implementada de forma desigual no país, ainda apresentando menor cobertura de EqSB em relação às EqAPS assim como, disparidades regionais (BRASIL, 2021a).

A avaliação é uma atribuição da gestão em saúde e deve orientar a tomada de decisão, comprometendo-se com a melhoria das intervenções de saúde, tendo como guia a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Para isso, é importante que se faça uso de indicadores que expressem a realidade local. O uso de medidas, comparações e julgamentos feitos na avaliação possibilitam o direcionamento de ações, em busca de um melhor desempenho (CALVO; HENRIQUE, 2006).

A condição necessária para a avaliação é estabelecer critérios, indicadores e parâmetros, conformando a matriz avaliativa. Estes permitirão, além de descrever o programa, realizar um julgamento sobre o objeto (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Um ponto importante para a avaliação da atenção básica em saúde foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS com garantia de manter um padrão de qualidade comparável em todas as esferas de governo (BRASIL, 2017b). O PMAQ inclui a SB em sua análise, através de instrumentos de autoavaliação, análise das condições de estrutura das unidades e do processo de trabalho das equipes.

Santa Catarina se destaca por uma cobertura de saúde bucal superior à média nacional (65,4%) e pelo acumulado histórico de estudos de avaliação em saúde, incluindo a saúde bucal, sob diferentes perspectivas. A gestão estadual em parceria com o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) atendeu ao chamado do Ministério da Saúde via projeto Consolidação do Monitoramento e Avaliação da APS, com finalidade de institucionalização da avaliação (COLUSSI; CALVO, 2011). O modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvido com foco nos aspectos de gestão e provimento foi utilizado para avaliação periódica dos municípios catarinenses durante os anos de 2008 a 2011, sendo adaptado para a atenção à saúde bucal igualmente aplicado em diversas vezes (COLUSSI; CALVO, 2011; NICKEL et al., 2014).

Vidal et al. (2018), avaliaram a presença e a extensão dos atributos da APS em Florianópolis e verificaram que o atributo APC na subdimensão utilização foi o melhor avaliado e na subdimensão acessibilidade, foi o pior; concluindo que, de modo geral, há necessidade de melhora dos serviços.

Godoi, Mello e Caetano (2014) analisaram os municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes na perspectiva da implantação e organização da rede de atenção em saúde bucal e concluíram que há oferta de serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, porém em estágios díspares de implementação da rede. Martins et al. (2016) avaliaram a qualidade da gestão municipal na APS em municípios catarinenses seguindo o foco da gestão e provimento de saúde bucal na população infantil e perceberam diferenças regionais no estado e entre os portes populacionais. Não foram localizados estudos que contemplasse o conjunto dos atributos essenciais da APS aplicado à saúde bucal no estado catarinense.

O presente estudo se propôs a avaliar cumprimento dos atributos da APS pelas EqSB que atuam em municípios de Santa Catarina a partir de dados secundários oficiais ou oriundos de pesquisas avaliativas de domínio público.

O objetivo do estudo é avaliar a atenção à saúde bucal (ASB) no contexto da APS em Santa Catarina segundo os atributos cunhados por Starfield (2004). De acordo com a autora, para que a APS cumpra seu papel de forma satisfatória e resolutiva deve-se almejar o cumprimento dos quatro atributos: atenção ao primeiro contato (APC), longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

A APC diz respeito ao serviço ser a referência em saúde para os usuários, sendo acessível sempre que necessário; o atributo longitudinalidade requer uma fonte regular de atenção em saúde ao longo de todos os ciclos de vida dos indivíduos; a coordenação do cuidado visa promover o cuidado e o acompanhamento dos indivíduos em todos os pontos de atenção da rede e a integralidade, deve possibilitar que o usuário receba todos os tipos de serviços, desde a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2004).

De acordo com Novaes (2000 apud MORETTI-PIRES, 2012), uma pesquisa avaliativa tem o objetivo de produzir conhecimento, de carácter e rigor acadêmico, priorizando os impactos no serviço avaliado, apresentando ainda a possibilidade de replicação, sejam longitudinais ou espaciais, permitindo comparabilidade.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários, tendo como objeto de estudo a atenção em saúde bucal na APS nos municípios catarinenses. O estudo tem como marco referencial os atributos da APS caracterizados e aplicáveis à saúde bucal (STARFIELD, 2004). Entende-se a Saúde Bucal como um direito constitucional, integrada à dinâmica e funcionamento de uma atenção primária abrangente, que deve ser resolutiva e assegurar atenção integral, oportuna e continuada à população sob sua responsabilidade.

A primeira etapa do estudo consistiu na identificação de indicadores e medidas que melhor expressassem os atributos da APS para a atenção à saúde bucal, com vistas à construção da matriz avaliativa. Para tanto se utilizou as seguintes estratégias: 1) revisão bibliográfica de estudos avaliativos para identificar os elementos referidos com maior frequência para cada um dos atributos da APS no âmbito da saúde bucal; 2) pesquisa documental para identificar as orientações das políticas públicas da área; 3) colaboração de experts na área de avaliação e saúde bucal; 4) e disponibilidade de dados em bases oficiais ou pesquisas avaliativas de domínio público.

Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se o descritor Saúde Bucal associado à Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica em Saúde e Avaliação em Saúde, no período 2003 a 2019. A data de início da pesquisa se justifica por ser a data de implantação da PNSB. Foram localizados 523 artigos assim distribuídos nas bases de dados: Pubmed (n=433), BVS (n=36), Scielo (n=33), Scopus (n=11) e Web of Science (n=10). Excluídos os 64 duplicados, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos e nesta etapa foram removidos os artigos com assuntos fora de interesse tais como: descrição de procedimentos clínicos, experiências de ensino, atenção secundária e terciária, programas específicos de outros países e estudos epidemiológicos, resultando 74 artigos, lidos na íntegra. Após a leitura foram selecionados 45 artigos cujo objeto de estudo eram as EqSB com intuito de verificar a presença, explícita ou não, dos atributos da APS. Em cada atributo foram identificados os indicadores, medidas e parâmetros mais utilizados nos estudos, sistematizados em uma matriz.

Na sequência, passou-se à identificação de dados oficiais e em bancos de pesquisa de domínio público que possibilitasse aferir os indicadores identificados com maior frequência nos estudos revisados. As principais fontes de evidência identificadas foram os bancos de dados da etapa de avaliação externa e dos indicadores utilizados do PMAQ-AB, disponíveis no site do Ministério da Saúde. Também foram identificados dados do DATASUS, especialmente os indicadores do pacto federativo. Os dados dos módulos I e V do PMAQ versam sobre as condições estruturais das Unidades de Saúde para o atendimento da clínica geral e odontológica. Os módulos II e VI versam sobre o processo de trabalho das equipes de saúde básica e de saúde bucal na Atenção Básica.

A proposta inicial do modelo foi apresentada e discutida nas atividades curriculares da disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e posteriormente entre especialistas do grupo de pesquisa em avaliação do PPGSC. A matriz avaliativa resultante assume os atributos da APS como dimensões de análise, 29 indicadores e respectivas medidas (Quadro 1).

Quadro 1 - Matriz avaliativa da atenção à saúde bucal, segundo atributos da Atenção Primária em Saúde (com *rationale* de cada atributo/dimensão), contendo indicadores, medidas e fontes de evidência

INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE EVIDÊNCIA
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO (APC)		
<i>Rationale</i> do atributo: APC compreende a acessibilidade (relacionado à estrutura) e a utilização (como processo de uso). Engloba toda forma que facilite o usuário ingressar no serviço, para que possa ser atendido a cada novo problema de saúde ou novo episódio do problema. A sedimentação desde "local" como referência para o usuário, fará com que ocorra a APC. A garantia de acesso tem papel importante na redução de morbidade e mortalidade e a realização da APC tende a obter melhores resultados com custos reduzidos. Sem o cumprimento deste atributo os demais não se concretizarão.		
Acolhimento	Percentual de EqSB que faz acolhimento	PMAQ - VI.7.6 : exceto item 6
Cobertura Atendimento Odontológico	Cobertura de primeira consulta odontológica	PMAQ indicador 1.6
Organização da Agenda	Percentual de EqSB que oferece atendimento a consultas programadas e de demanda espontânea	PMAQ - VI.7.3 item 1 e 2
Atendimento de Urgência	Percentual de EqSB que oferta atendimentos de urgências	PMAQ - VI.7.4 item 1
Localização facilitada da EqSB	Percentual de EqSB que atende na mesma estrutura da EqSF ou equipe da APS	PMAQ - V.5.2
Acessibilidade	Percentual de EqSB lotada em UBS com estrutura adequada para cadeirantes ou PCDs	PMAQ - I.4.2.1;I.4.2.2; I.4.2.3 e I.4.2.5
Ampliação do Acesso à SB	Cobertura populacional de saúde bucal na APS	Indicador 19 da Pactuação Interfederativa (2017-2021) (BRASIL, [s.d.]
Identificação de pessoal e serviços	Percentual de EqSB lotada em UBS exibe dados da organização dos serviços e dos profissionais	PMAQ - I.4.3 item1, 2,3 e 5
Garantia de Insumos	Percentual de EqSB com insumos disponíveis em quantidade suficiente	PMAQ - V 9.5, 9.15, 9.17, 9.38, 9.42 , 9.55 e 9.57
LONGITUNIDALIDADE		
<i>Rationale</i> do atributo: visa garantir uma fonte regular de atenção com acompanhamento do usuário ao longo do tempo. Tendo assim, o benefício de uma melhor atenção preventiva , através do reconhecimento da população adscrita. Desta forma, pode-se garantir uma atenção mais adequada e, por consequência, redução de hospitalizações e custos (STARFIELD, 2002).		
Vínculo	Percentual de EqSB que possui mapa do território	PMAQ - VI.3.3
Qualificação da Atenção	Percentual de EqSB lotadas em UBS que asseguram a privacidade do atendimento	PMAQ - V.5.4.5
Atenção voltada ao paciente	Percentual de EqSB com disponibilidade de horário para sanar dúvidas pós consultas ou análise de evolução de casos demandadas pelo usuário	PMAQ- VI.7.2 (item 2)
Planejamento das Ações	Percentual de EqSB que realiza atividade de planejamento das ações junto aos demais profissionais da APS	PMAQ - VI.4.1 e VI.4.2
Proporção entre equipes	Proporção de EqSF (ou EqAPS) por EqSB	PMAQ -VI.3.1
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		
<i>Rationale</i> do atributo: está relacionado com a continuidade e o reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2002). Envolve os serviços presentes na APS e os que estão ao longo da rede (para atender necessidades menos frequentes e mais complexas).		

Disponibilidade de dados informatizados	Percentual de EqSB que registram os dados em prontuário eletrônico	PMAQ - VI.6.1.2
Regulação da Atenção	Município conta com central de regulação	PMAQ- II.12.7
Padronização dos fluxos de encaminhamento	Percentual de equipes que utiliza protocolos para encaminhamentos a outros níveis de atenção	PMAQ -VI.10.3
Referência e Contrarreferência	Percentual de EqSB que encaminha o usuário com informação sobre o atendimento e recebe informações dos especialistas	PMAQ -VI.10.4 e 10.5
Acompanhamento e Monitoramento do Cuidado	Percentual de equipe que acompanha e monitora o cuidado	PMAQ - VI.11.9
Atenção Interdisciplinar	Percentual de EqSB que realiza discussão de casos/projetos terapêuticos junto aos demais profissionais da APS	PMAQ - VI.4.4
Continuidade da atenção	Percentual de EqSB que garante o retorno para continuidade do tratamento	PMAQ - VI.7.12 item 1 ou 2
INTEGRALIDADE		
Rationale do atributo: Integralidade é reconhecer e entender as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde. Inclusive as questões além dos serviços de saúde, como problemas sociais, econômicos, ambientais, e que sejam um fator de risco a doenças. Esse atributo compreende ações relacionadas desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, inclusas na APS ou em outros pontos da rede de atenção à saúde.		
Vigilância à saúde	Percentual de EqSB que fazem acompanhamento do perfil epidemiológico da população adscrita	PMAQ - VI.4.3
Educação em Saúde	Percentual de EqSB com disponibilidade de material para educação em saúde	PMAQ- V.10.2 (apenas resposta 1: sempre disponível)
Prevenção Individual	Percentual de EqSB que realiza procedimentos preventivos individuais	PMAQ - VI.7.5 (itens 1,2, 6 e 10)
Reabilitação protética	Percentual de EqSB que oferta de prótese dentária pela EqSB	PMAQ - VI.7.5, item 12
Atenção ao câncer de boca	Percentual de EqSB que realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer bucal com encaminhamentos na rede de ASB	PMAQ - VI.11.1 e VI.11.8
Oferta de consultas especializadas	Percentual de EqSB que ofertam de consultas especializadas em SB	PMAQ - VI.10.2
Intersetorialidade	Percentual de EqSB que realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território	PMAQ - VI. 7.1
Oferta adequada serviços de ASB na APS	Percentual de serviços ofertados	PMAQ indicador 4.2

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Foram incluídos no estudo os municípios catarinenses que aderiram ao 3º ciclo PMAQ-AB, realizado entre 2017/2018, com adesão igual ou superior a 70% das EqSB cadastradas no CNES, e que responderam aos módulos I, II, V e VI. Atenderam aos critérios 268 municípios e 968 EqSB, o que corresponde a 90,8% e 94,0% do universo catarinense, respectivamente.

Os dados foram compilados e analisados em planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel*. As informações foram agregadas no nível municipal e os municípios avaliados

comparativamente entre pares de um mesmo grupo de porte populacional. A divisão dos municípios por porte seguiu a referência do estudo de Colussi (2010) com quatro categorias visando destacar principalmente os municípios muito pequenos (menos de 5 mil habitantes) e os municípios de maior porte do estado (mais de 50 mil habitantes), assim distribuídos: Porte 1: menos de cinco mil habitantes (n=97); Porte 2: de cinco a dez mil habitantes (n=57); Porte 3: Acima de dez mil até 50 mil habitantes (n=88); Porte 4: acima de 50 mil habitantes (n=26).

Inicialmente procedeu-se a uma análise de estatística exploratória para verificar possíveis erros de digitação e consistência dos dados, seguidos de uma análise estatística descritiva para análise da distribuição. Na sequência os indicadores foram convertidos para o intervalo [0,1], em ordem crescente, assumindo-se como zero a pior situação e como 1 a melhor situação, em cada porte populacional, com o uso das seguinte fórmulas: a) Indicadores com variação positiva (Valor mínimo – Valor município)/(Máximo – Mínimo); b) Indicadores com variação negativa (Valor máximo – Valor município)/(Máximo – Mínimo).

Após a conversão os escores foram somados em cada dimensão, cujo resultado corresponde ao valor máximo esperado (VME) em cada atributo: Atenção ao Primeiro Contato (VME=9), Longitudinalidade (VME=5), Coordenação (VME=7), integralidade (VME=8). Assumiu-se como *satisfatório* o alcance de até 75% do VME, como *insatisfatório* o alcance de menos de 50% do VME e *parcialmente satisfatório* os demais valores. Por fim procedeu-se análise comparada dos resultados segundo porte populacional com o uso do teste Qui-quadrado de Pearson e um nível de significância de 95%.

3 RESULTADOS

Na análise descritiva do comportamento dos indicadores observa-se que as EqSB dos municípios estudados em Santa Catarina cumprem, em sua maioria, os requisitos elencados nos atributos da Atenção Primária (Tabela 1).

Na Atenção ao Primeiro Contato (APC), dois indicadores se destacam negativamente: *acessibilidade* e *cobertura de atendimento odontológico*. O percentual de EqSB lotadas em UBS com estrutura adequada para cadeirantes ou PCDs, medida do indicador *acessibilidade*, foi em média 29,3% (DP=38,0), e em 75% dos municípios catarinenses no máximo metade das EqSB atuam em UBS com condições de acessibilidade a PCDs e cadeirantes. A *cobertura de atendimento odontológico* foi baixa, em média 4,2% da população adscrita (DP=6,9) realizou primeira consulta odontológica no trimestre e esse percentual foi de no máximo 5,0% em 75% dos municípios analisados.

O atributo Longitudinalidade se destaca positivamente com quase todos os indicadores apresentando o melhor desempenho já no primeiro quartil. O indicador *proporção entre equipes* (que possui o valor invertido) apresenta um bom resultado no terceiro quartil, onde em 75% dos municípios 1 EqSB atende a no máximo 1,3 EqAPS. Com isso, o atributo Longitudinalidade apresenta o melhor desempenho.

Na Coordenação da Atenção, seis dos sete indicadores são executados em média por 82,4 e 92,4% das EqSB participantes. O indicador *acompanhamento e monitoramento do cuidado* é realizado em média por 72,4% das equipes, sendo que em 25% dos municípios 50% ou menos equipes acompanham e monitoram os pacientes após a referência do usuário para o tratamento em outro nível de atenção.

Na Integralidade, chama atenção os indicadores *reabilitação protética e oferta adequada serviços de ASB na APS*. Em média apenas 22,8% (DP=39,0) das EqSB do estado afirmaram realizar instalação de prótese, sendo que em pelo menos 50% dos municípios nenhuma equipe cumpre a reabilitação protética. A *oferta adequada serviços de ASB na APS* apresentou média de 49,2% (DP=24,2) sendo que metade dos municípios, realizam pouco mais de 50% dos procedimentos mínimos esperados pelas EqSB.

Tabela 1 - Análise descritiva do cumprimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde pelas equipes de saúde bucal. Santa Catarina, 2018

ATRIBUTO/ INDICADOR	Valor Mínimo	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO							
Acolhimento	0,0	95,7	100,0	100,0	100,0	87,2	27,4
Cobertura de atendimento	0,0	1,4	2,6	5,0	85,0	4,2	6,9
Organização da Agenda	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,2	20,4
Atendimento de urgência	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,5	8,8
Localização EqSB	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,1	18,0
Acessibilidade	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	29,3	38,0
Ampliação do acesso à SB	0,0	71,0	100,0	100,0	100,0	84,9	23,0
Identificação de pessoal e serviços	0,0	80,0	100,0	100,0	100,0	81,1	33,9
Garantia de insumos	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	87,9	28,4
LONGITUDINALIDADE							
Vínculo	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	92,9	22,4
Qualificação da atenção	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,1	9,6
Atenção voltada ao paciente	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,6	14,4

Planejamento das ações	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,6	24,0
Proporção entre equipes	1,0	1,0	1,0	1,3	4,0	1,2	0,5
COORDENAÇÃO							
Dados informatizados	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	92,7	22,8
Regulação da atenção	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,4	17,2
Fluxos de encaminhamento	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,7	21,7
Referência e contrarreferência	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,5	27,6
Acomp. e monitor. do cuidado	0,0	50,0	100,0	100,0	100,0	72,4	37,8
Atenção interdisciplinar	0,0	78,8	100,0	100,0	100,0	83,2	30,7
Continuidade da atenção	0,0	80,0	100,0	100,0	100,0	82,4	33,0
INTEGRALIDADE							
Vigilância à saúde	0,0	50,0	100,0	100,0	100,0	73,8	39,1
Educação em Saúde	0,0	50,0	100,0	100,0	100,0	76,2	36,9
Prevenção individual	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	24,8
Reabilitação protética	0,0	0,0	0,0	33,3	100,0	22,8	39,0
Atenção ao câncer de boca	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,6	19,8
Oferta de consultas especializadas	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	91,8	24,0
Intersetorialidade	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	89,5	24,9
Oferta adequada serviços de ASB	0,0	30,0	52,0	68,0	92,0	49,2	24,2

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O percentual de municípios catarinenses classificados como satisfatórios variou entre 70,1% e 96,6% na maioria dos indicadores analisados. Longitudinalidade e Coordenação da Atenção foram os atributos com maior percentual de municípios classificados como satisfatórios, 89,2 e 79,1%, respectivamente. Na Atenção ao Primeiro Contato e Integralidade menos de 55,0% dos municípios catarinenses apresentaram resultados satisfatórios. *Cobertura de atendimento odontológico e acessibilidade*, que compõem a APC, foram indicadores com o menor percentual de municípios classificados como satisfatórios (4,1% e 18,7%). A integralidade foi o atributo com maior número de indicadores com menos de 70% dos municípios classificados como satisfatórios: *vigilância à saúde, educação em saúde, reabilitação protética e oferta adequada de serviços de ASB*, estes últimos apresentaram os maiores percentuais de insatisfatórios de toda a matriz avaliativa (30,6% e 35,1%). (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição dos municípios (número e percentual) na avaliação da atenção à saúde bucal segundo os indicadores e atributos da APS. Santa Catarina, 2018

ATRIBUTO/ INDICADOR	Satisfatório		Parcialmente satisfatório		Insatisfatório	
	N	%	n	%	N	%
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	147	54,9	115	42,9	06	2,2
Acolhimento	213	79,5	49	18,3	06	2,2
Cobertura Atendimento odontológico	11	4,1	178	66,4	79	29,5
Organização da Agenda	245	91,4	19	7,1	4	1,5
Atendimento Urgência	259	96,6	6	2,2	3	1,1
Localização EqSB	254	94,8	13	4,9	1	0,4
Acessibilidade	50	18,7	144	53,7	74	27,6
Ampliação do Acesso à SB	188	70,1	48	17,9	32	11,9
Identificação de pessoal e serviços	203	75,7	49	18,3	16	6,0
Garantia de Insumos	225	84,0	31	11,6	12	4,5
LONGITUDINALIDADE	239	89,2	29	10,8	-	-
Vínculo	244	91,0	23	8,6	1	0,4
Qualificação da Atenção	254	94,8	10	3,7	4	1,5
Atenção voltada ao paciente	252	94,0	14	5,2	2	0,7
Planejamento das Ações	226	84,3	30	11,2	12	4,5
Proporção entre equipes	189	70,5	41	15,3	38	14,2
COORDENAÇÃO	212	79,1	51	19,0	5	1,9
Dados informatizados	242	90,3	17	6,3	9	3,4
Regulação da Atenção	236	88,0	26	9,7	6	2,2
Fluxos de encaminhamento	246	91,8	17	6,3	5	1,9
Referência e Contrarreferência	227	84,7	36	13,4	5	1,9
Acomp. e Monitoramento do Cuidado	166	61,9	75	28,0	27	10,1
Atenção Interdisciplinar	201	75,0	51	19,0	16	6,0
Continuidade da atenção	206	76,9	52	19,4	10	3,7
INTEGRALIDADE	145	54,1	107	39,9	16	6,0
Vigilância à saúde	180	67,2	60	22,4	28	10,4
Educação em Saúde	187	69,8	64	23,9	17	6,3
Prevenção Individual	243	90,7	20	7,5	5	1,9
Reabilitação protética	51	19,0	135	50,4	82	30,6
Atenção ao câncer de boca	242	90,3	20	7,5	6	2,2
Oferta de consultas especializadas	237	88,4	23	8,6	8	3,0
Intersetorialidade	228	85,1	27	10,1	13	4,9
Oferta adequada serviços de ASB	81	30,2	93	34,7	94	35,1

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Na análise comparada dos municípios segundo porte populacional observou-se variação estatisticamente significativa em mais da metade dos indicadores estudados e no atributo Atenção ao Primeiro Contato. Municípios com até 5 mil habitantes apresentaram proporcionalmente melhor desempenho no *atendimento a urgências*, na *acessibilidade*, no *acompanhamento e monitoramento do cuidado*, na *atenção interdisciplinar*, na *vigilância à saúde*, na *reabilitação protética*, na *atenção ao câncer de boca* e nas *ações intersetoriais*. Municípios maiores, acima de 50 mil habitantes, tiveram pior desempenho no atributo Atenção ao Primeiro Contato e nos indicadores *ampliação do acesso à saúde bucal*, *qualificação da atenção*, *atenção voltada ao paciente*, *proporção entre equipes*, *disponibilização de dados informatizados* e *regulação da atenção* (Tabela 3)

Tabela 3 - Percentual de municípios classificados como satisfatórios no cumprimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde pelas equipes de saúde bucal, segundo porte populacional. Santa Catarina, 2018

ATRIBUTO/ INDICADOR	porte 1 (n=97)	porte 2 (n=57)	porte 3 (n=88)	porte 4 (n=26)	Valor de p
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	62,89	40,35	61,80	30,77	0,001
Acolhimento	83,51	77,19	80,68	65,38	0,222
Cobertura Atendimento	2,06	3,51	6,74	3,85	0,435
Organização da Agenda	93,81	82,46	92,13	96,15	0,054
Atendimento Urgência	100,00	91,23	95,51	96,15	0,036
Localização EqSB	92,78	92,98	97,75	92,31	0,218
Acessibilidade	36,08	17,54	4,49	3,85	<0,001
Ampliação do Acesso à SB	89,69	73,68	62,92	11,54	<0,001
Identificação de pessoal e serviços	79,38	68,42	77,53	69,23	0,347
Garantia de Insumos	87,63	80,70	83,15	76,92	0,498
LONGITUDINALIDADE	95,88	85,96	84,27	84,62	0,069
Vínculo	90,72	87,72	91,01	96,15	0,631
Qualificação da Atenção	100,00	96,49	91,01	80,77	0,001
Atenção voltada ao paciente	97,94	91,23	94,38	80,77	0,008
Planejamento das Ações	91,75	78,95	76,40	92,31	0,020
Proporção entre equipes	84,54	75,44	58,43	46,15	<0,001
COORDENAÇÃO	80,41	68,42	83,15	80,77	0,145
Dados informatizados	97,94	85,96	87,64	76,92	0,004
Regulação da Atenção	95,88	84,21	85,39	73,08	0,007
Fluxos de encaminhamento	92,78	94,74	86,52	96,15	0,309
Referência e Contra-referência	86,60	75,44	87,64	84,62	0,165
Acomp. e Monitor. do Cuidado	73,20	50,88	56,18	61,54	0,027
Atenção Interdisciplinar	85,57	63,16	69,66	76,92	0,011
Continuidade da atenção	80,41	66,67	77,53	80,77	0,225

INTEGRALIDADE	64,95	47,37	47,19	50,00	0,064
Vigilância à saúde	78,35	57,89	61,80	61,54	0,030
Educação em Saúde	75,26	61,40	69,66	65,38	0,316
Prevenção Individual	91,75	89,47	87,64	96,15	0,663
Reabilitação protética	40,21	15,79	2,25	3,85	<0,001
Atenção ao câncer de boca	95,88	82,46	87,64	92,31	0,049
Oferta de consultas especializadas	92,78	84,21	83,15	96,15	0,115
Intersetorialidade	92,78	85,96	77,53	76,92	0,029
Oferta adequada serviços de ASB	40,21	26,32	23,60	23,08	0,063

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou um elevado percentual de equipes de saúde bucal e municípios cumprindo satisfatoriamente a maioria dos indicadores elencados como expressão dos atributos da APS. O número de equipes e de municípios participantes e o critério de adesão de pelo menos 70% das equipes existentes permitem inferir tais resultados como representativos da gestão municipal em Santa Catarina.

O bom desempenho das equipes que atuam na APS e a alta adesão dos municípios catarinenses a pesquisas avaliativas acontece de longa data (NICKEL et al., 2014). Santa Catarina cumpriu todas as etapas propostas no programa de institucionalização da avaliação na Atenção Básica do Ministério da Saúde iniciado em 2003, inclusive o desenvolvimento de um modelo avaliativo próprio e a capacitação de técnicos da gestão estadual em avaliação. Manteve uma aplicação sistemática do modelo entre 2005 e 2012, premiando financeiramente os municípios com melhor desempenho com recursos da Secretaria de Estado da Saúde. O modelo foi adaptado e aplicado para a saúde bucal por algumas vezes (COLUSSI, 2010). Tal prática pode ter facilitado o processo de adesão e o bom desempenho observado no presente estudo, dado que a avaliação cumpre um papel pedagógico e orientador de medidas de gestão. Medeiros (2019) corrobora com essa ideia ao relatar que o processo de avaliação do PMAQ em Santa Catarina foi facilmente aceito, com ampla adesão de gestores e equipes e atribui tal fato à rotina de avaliação e monitoramento já presente e pulverizada desde a gestão estadual até os municípios.

Na avaliação da ASB na APS, a maioria dos municípios catarinenses cumpre satisfatoriamente os quatro atributos essenciais, com menor desempenho na Atenção ao Primeiro contato e na Integralidade. Resultado similar ao encontrado por Nascimento et al. (2019) fazendo uso do instrumento PCAtool, onde o resultado da maioria dos serviços de APS

na saúde bucal ficou acima do ponto de corte de 6,6, considerado satisfatório, exceto no atributo de APC. Neste atributo, a maioria dos municípios catarinenses realiza acolhimento, organiza a agenda para atendimento a consultas programadas, demanda espontânea e de urgência, possuem localização facilitada das equipes, compartilhando o mesmo espaço das demais equipes de APS, identificam serviços e profissionais, garantem insumos em quantidade suficiente e a cobertura populacional é razoável. A atenção ao primeiro contato compreende a acessibilidade, relacionado a aspectos de estrutura, e a utilização, como processo de uso. Engloba toda forma que facilite o usuário ingressar no serviço, para que possa ser atendido a cada novo problema de saúde ou novo episódio do problema e tenha este local como principal referência. A garantia de acesso tem papel importante na redução de agravos e desfecho desfavoráveis e o cumprimento deste atributo tende a obter resultados melhores com custos reduzidos. Ademais, sem a APC os demais atributos não se concretizarão.

Um dos requisitos da APC, o acolhimento, pressupõe escuta qualificada e atenção oportuna à necessidade do indivíduo. A existência da organização do serviço para acolher o usuário de acordo com suas demandas e de forma tal que se estabeleça uma referência para atenção sempre que necessário amplia o acesso da população à ASB e qualifica a atenção. Um estudo realizado por Neves et al. (2017) encontrou associação significativa entre acolhimento e maior número de procedimentos odontológicos preventivos.

A organização da agenda de acordo com as necessidades do usuário e seus agravos, com consultas de demanda livre e programadas, facilita a utilização dos serviços. O bom desempenho dos municípios neste indicador coincide com os achados de Santos e Hugo (2018) em estudo com dados do segundo ciclo do PMAQ, onde 90% das EqSB participantes realizavam consultas agendadas e de demanda espontânea, e 73,8% agendavam retorno e consultas previamente. Em contraponto, estudo com coordenadores de SB de 40 municípios da região de Araçatuba em São Paulo, verificou que, em quase todos eles, a forma de acesso aos serviços de SB era a demanda espontânea (95%) com posterior agendamento de retorno, e, consultas de urgências (MELO et al., 2016b).

Assegurar materiais e insumos suficientes, equipes em quantidade compatível à população, com identificação e localização facilitada são requisitos importantes para a utilização dos serviços e a acessibilidade. Ao garantir boa proporção entre o número total de EqSB e a população residente (1 EqSB: 3500 usuários) há real possibilidade de concretização da atenção ao primeiro contato através da utilização do serviço de SB a cada novo problema de saúde. A tendência é gerar resultados melhores com menores custos ao sistema de saúde, com prevenção de agravos e possivelmente, gerar mais saúde e satisfação ao usuário. A cobertura

populacional da ASB melhorou desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2003, acompanhando a ampliação observada na APS com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Pereira et al. (2014) avaliou a cobertura em SB na ESF em 223 municípios do estado da Paraíba e concluiu que de 2004 a 2010, houve aumento significativo da cobertura populacional potencial (CPP) satisfatória das EqSF e das EqSB. O percentual de municípios com CPP satisfatória para a SF passou de 77,1% para 99,1%, e para a SB de 68,2% para 96,4% nas localidades estudadas pelos autores.

No presente estudo a situação em municípios catarinenses é inferior aos achados no município nordestino. Viana et al. (2019) mencionam em seu estudo, realizado em Pernambuco, que a falta de materiais e a deficiência na manutenção de equipamentos geram barreiras de acesso aos usuários.

Dentre os requisitos analisados para o cumprimento do atributo APC, a acessibilidade e a cobertura de atendimento odontológico são desafios a serem superados pelos municípios catarinenses. Barreiras de acesso foram igualmente identificadas nos estudos revisados. Reis et al. (2019) identificaram como barreiras de acesso aos serviços de SB na região metropolitana de Belo Horizonte, o número insuficiente de EqSB para a população e um tempo de espera muito longo para agendamento de consultas odontológicas não urgentes. No presente estudo, as condições estruturais das unidades de saúde configuraram barreira de acesso a pessoas com deficiência em número significativo de municípios.

A cobertura de primeira consulta odontológica é um indicador clássico no monitoramento da ASB na APS. A partir desta consulta é traçado um plano de tratamento e, se necessário, inclusão de encaminhamentos para atenção especializada. A APS permite assim o acesso à atenção especializada de forma estruturada, atuando não como barreira aos demais serviços, mas ao contrário, como garantia de acesso a eles (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2017a). Palmier et al. (2012) ao avaliarem 52 municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais verificaram que 75% dos municípios tiveram a cobertura de primeira consulta de 20,32%, considerada baixa. No entanto está muito superior ao encontrado em Santa Catarina. Esse dado chama atenção e precisa ser melhor analisado. É possível que esteja havendo problema com a qualidade do registro uma vez que o atendimento odontológico nos municípios analisados não se dá apenas por demanda espontânea e de urgências como visto anteriormente.

O segundo atributo analisado, a Longitudinalidade, visa garantir uma fonte regular de atenção com acompanhamento do usuário ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de doença. Para o alcance deste atributo é importante adotar estratégias que facilitem a criação de vínculo com a população, pois quando há preocupação de garantir atenção voltada

ao usuário, há uma tendência a favorecer a adesão ao tratamento e fomentar relação de confiança interpessoal. Aldosari et al. (2017) ao avaliarem as EqSB participantes do 2º ciclo do PMAQ perceberam que atender às expectativas dos pacientes dedicando tempo para entender suas necessidades e dar as instruções corretas, está associado a uma maior satisfação do usuário, especialmente, quando este considera a equipe amigável e compreensiva.

Um dos primeiros requisitos é o reconhecimento do território por parte da equipe. Entende-se o território como um processo vivo e dinâmico, com características demográficas, sanitárias e socioculturais (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Tal reconhecimento tem o benefício de uma melhor atenção preventiva, através do reconhecimento da população adscrita. Desta forma, pode-se garantir uma atenção mais adequada e, por consequência, redução de hospitalizações e custos (STARFIELD, 2004).

A participação da EqSB no planejamento favorece o reconhecimento do território e da população e suas particularidades, e visa envolver os profissionais e os usuários em ações ao longo do tempo. Uma boa proporção entre o número de equipes, preferencialmente 1EqSB: 1 EqSF (EqAPS ou parametrizada) permite maior interação com consequente qualificação da atenção. O apoio mútuo entre as equipes na rotina do cuidado aos usuários gera maior formação de vínculo entre elas. Esse apoio favorece o acompanhamento da vida da população adscrita sob diferentes perspectivas e necessidades ao longo do tempo; em conjunto, a EqSB com demais profissionais da APS. A possibilidade de a EqSB garantir horário para os usuários tirarem dúvidas ou acompanhar a evolução de casos clínicos, garantindo atenção voltada ao paciente, é uma estratégia que facilita a criação de vínculo com a população, pois os atendimentos que refletem preocupação com o usuário tendem a favorecer a adesão ao tratamento e fomentar relação de confiança interpessoal.

O bom desempenho observado no cumprimento do atributo da Longitudinalidade provavelmente se dá pela característica de SC ter muitos municípios de pequeno porte, o que deve facilitar a relação usuário-profissional e a criação de vínculo, assim como a rotina do cuidado ao longo do tempo.

O atributo Coordenação da Atenção está relacionado com o cuidado continuado e o reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2004). A continuidade está relacionada aos serviços presentes na APS ou que estão ao longo da rede (para atender necessidades menos frequentes e mais complexas), assim como à disponibilidade de instrumentos e recursos que assegurem o acompanhamento de todo itinerário dos pacientes na rede de atenção. Quando os atendimentos acontecem com a mesma EqSB, com os profissionais sendo a referência do

usuário para cuidados em saúde bucal, as equipes atuam de forma interdisciplinar, acompanham e monitoram indicadores de forma sistemática, o reconhecimento de problemas é facilitado.

A existência de protocolos que orientem as ações em cada ponto da rede é essencial para a coordenação, com a padronização da atenção, formalização dos fluxos, regulação e adequação dos encaminhamentos à atenção especializada e retornos à APS. Para efetivação dos fluxos formais guiados por protocolos, é necessário que a comunicação formal/escrita com informações de saúde do usuário aconteça no momento do encaminhamento ao especialista e também no seu retorno à APS (contrarreferência), sendo esta ação coordenada pela APS. A informatização dos dados facilita e agiliza o acesso às informações em saúde nos diferentes pontos do sistema e todo o processo de acompanhamento. Diversos autores corroboram com a ideia de que o uso de sistemas eletrônicos, fácil acesso a prontuários e exames, a existência e uso de protocolos, formulários de referência e de contrarreferência no encaminhamento à atenção especializadas são estratégia para o cumprimento da Coordenação (MOIMAZ et al., 2015; MELO et al., 2016a; BALDANI et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2019).

No presente estudo o percentual de municípios classificados como satisfatório na coordenação da atenção superou 75,0% em quase todos os requisitos analisados, exceto acompanhamento e monitoramento do cuidado. A boa estruturação da rede de serviços de saúde bucal no estado, o elevado número de municípios com prontuário eletrônico implantado assim como centrais de regulação próprias, ou atreladas à gestão estadual, atuantes facilitam o bom desempenho. Estudos realizados em Santa Catarina em diferentes períodos verificaram algum grau de coordenação, com amplo uso de sistemas eletrônicos, fácil acesso a prontuários e exames anteriores, integração de informações do atendimento médico e de enfermagem, mas algumas deficiências na contrarreferência. (COLUSSI; CALVO, 2011; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Em relação à integralidade, ainda há um caminho a ser trilhado para o cumprimento deste atributo em SC, de acordo com os resultados desse estudo. Integralidade pressupõe reconhecer e entender as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde, inclusive as questões além dos serviços de saúde, como problemas sociais, econômicos, ambientais, e que sejam um fator de risco a doenças. Esse atributo compreende ações relacionadas desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, inclusas na APS ou em outros pontos da rede de atenção à saúde.

Os indicadores com menor porcentagem de municípios avaliados como satisfatórios foram reabilitação protética e oferta adequada de serviços de ASB. Para que seja atingida a integralidade na APS é necessário que sejam ofertados serviços amplos entre o rol de

possibilidades, assegurando integralidade da assistência. No presente estudo o indicador utilizado compõe a avaliação do PMAQ e contempla um mínimo de procedimentos que a EqSB deveria cumprir. É preciso medidas urgentes para que a oferta de tais procedimentos seja assegurada. A situação é similar em outros contextos nacionais. Reis et al. (2017) chamam a atenção sobre a necessidade de reabilitação protética no país e sobre a mortalidade associada ao câncer bucal; orientando apoio e incentivo para as EqSB realizarem ações relacionadas a próteses e diagnóstico de lesões em seus processos de trabalho. Corroborando com os resultados do presente artigo, Reis et al. (2019) destacam que, apesar da expansão da saúde bucal na APS ocorrida nos últimos anos, as EqSB ainda enfrentam muitos desafios como falhas na prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de casos de câncer bucal e reabilitação insuficiente com próteses.

O presente estudo observou diferenças no desempenho dos municípios segundo porte populacional, similar ao encontrado em estudos que analisaram o desempenho da gestão municipal na APS, com benefício para os municípios de pequeno porte (LACERDA et al., 2012; CALVO et al., 2016). Este cenário é observado também na saúde bucal em outros contextos conforme aponta Martins et al. (2017) ao identificar desigualdade na distribuição das EqSB, e na organização dos municípios para executar políticas públicas. Scarparo et al. (2015) avaliaram o impacto da Política Nacional de Saúde Bucal sobre a provisão de serviços odontológicos nos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro e verificaram variação conforme o porte populacional, com benefício dos municípios menores. Os municípios pequenos têm quase exclusivamente sob sua responsabilidade a APS, sendo a atenção secundária e terciária utilizadas como referência nos municípios de médio e grande porte. Para os municípios menores, é mais fácil organizar a gestão da APS. Em SC 82% dos municípios têm até 25 mil habitantes.

Verificamos diferença no comportamento de municípios do porte 1 e 4 em relação à Ampliação do Acesso à SB, medido pela cobertura populacional de SB na APS. Provavelmente essa diferença ocorra pela dificuldade dos municípios de grande porte de manterem alto número de equipes, para cobrir elevado número de usuários. Nos municípios de pequeno porte, muitas vezes com reduzido número de EqSB, já ocorre a cobertura de 100% da população. Os municípios de grande porte apresentaram maior dificuldade de manter a privacidade do paciente, o que visa garantir estratégias de qualificação da atenção. Isso se dá, provavelmente, porque por um longo tempo permitiu-se acomodar várias EqSB no mesmo consultório para otimizar recursos, e os grandes municípios ainda mantêm essa estrutura com divisão de box, ou apenas vários equipos/cadeiras odontológicas em um grande consultório, o que não permite

privacidade no atendimento. Um importante dilema que os municípios de grande porte enfrentam é a fixação dos profissionais. A oferta de diferentes frentes de trabalho pode ser um dos fatores da alta rotatividade de profissionais. Outro ponto é o fato de terem outras responsabilidades além da APS e assim acabam pecando no âmbito da Saúde Bucal, pela grande quantidade de equipes e usuários a administrar. Os grandes municípios limitam na ASB na APS, não atingindo proporção de 1EqSF para 1 EqSB, considerada satisfatória. Chamou atenção a maior proporção de EqSF para EqSB nos municípios de grande porte, chegando à relação de 4:1, o que inviabiliza um processo de trabalho e atenção qualificada.

Cabe destacar como limitação ausência de indicadores considerados importantes, mas que devido à ausência ou inconsistência dos dados não foram incluídos no estudo: percentual de tratamento completado, visita domiciliar, estratégia de fixação profissional e vigilância do flúor nas águas de abastecimento público.

Um indicador clássico da SB, percentual de Tratamento Completado, apresentou inconsistência nos dados. É um indicador de avaliação do PMAQ aferido pela razão entre o total de tratamentos completados e o total de primeiras consultas odontológicas programáticas. Na análise, muitos municípios apresentaram valores bem acima de 1, ou seja, muito mais tratamento completado do que iniciado. Considera-se oportuno o melhor acompanhamento dos registros deste indicador. O baixo percentual de registro das primeiras consultas pode estar relacionado ao problema. Optou-se por manter a cobertura de primeira consulta e excluir o tratamento completado da análise por se tratar de um indicador clássico para o monitoramento e avaliação da SB. Acredita-se que esses dados, com porcentagens tão reduzidas, não reflitam a realidade. Propõe-se investigação das possíveis causas e adoção de medidas para padronização e sensibilização dos profissionais e gestores sobre a importância e a necessidade de melhoria na qualidade do registro dos dados.

A visita domiciliar da EqSB permite que usuários com dificuldade de locomoção tenham acesso ao atendimento odontológico. O banco do PMAQ possui informação sobre visita domiciliar realizada pelo pessoal auxiliar e técnico em SB. Não há registro das visitas realizadas pelo cirurgião dentista, o que impediu o uso do dado.

A fixação dos profissionais possibilita o acompanhamento do usuário pela equipe de saúde ao longo do tempo. No entanto, não foram localizadas medidas possíveis de aferição do indicador. O mesmo acontece com o indicador vigilância dos níveis de flúor da água de abastecimento público. A fluoretação das águas de abastecimento público é uma política de saúde que reduz a cárie a um baixo custo com grande alcance à população, e a vigilância dos níveis ideais de flúor compõe a integralidade das ações de saúde bucal (BRASIL, 2009). Cabe

aqui ressaltar que o uso e controle da fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento estão regulamentados em legislação federal desde a década de 1970 (BRASIL, 1974, 1975a, 1975b). Entende-se que se não há dados facilmente disponíveis, é possível que a adição do fluoreto não esteja sendo feita ou não esteja sendo monitorada devidamente.

Dentre os limites metodológicos destaca-se o uso de dados secundários de uma pesquisa de avaliação institucional coletados nos anos de 2017 e 2018, podendo expressar um limite temporal de análise frente a realidade atual, em função de mudanças no financiamento da APS, alterações na Política Nacional da Atenção Básica e a pandemia do Covid-19. No entanto retratam uma situação anterior a tais eventos e alterações.

Considera-se como ponto forte do presente estudo a matriz avaliativa que contemplou os indicadores e medidas mais utilizadas em estudos avaliativos da atuação da saúde bucal alinhado ao marco referencial dos atributos essenciais da APS do tipo abrangente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios catarinenses cumprem satisfatoriamente os atributos da APS na saúde bucal. Os desafios da gestão municipal são maiores em municípios de grande porte. A vigilância e o acompanhamento da qualidade do registro de dados, a continuidade da coleta de informações e a disponibilidade de dados secundários são essenciais para o monitoramento e avaliação das ações e orientação na tomada de decisão pelos gestores em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALDOSARI, M. A. *et al.* Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. **PLoS One**, v. 12, n. 11, e0187993, p. 1-13, nov. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187993>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- BALDANI, M. H. *et al.* Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xh7y3T9Q6sjcSGBtPwrdVS/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 17 mar. 2020.
- BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Ed. Páginas e Letras, 2008.
- BRASIL. **Decreto nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975**. Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. Brasília, 1975a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d76872.htm. Acesso em: 19 set. 2020.
- BRASIL. **e-Gestor AB**: informação e gestão de atenção básica. 2021a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 09 dez. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16050.htm. Acesso em: 19 set. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde Bucal**: Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/#:~:text=O%20plano%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Estrat%C3%A9gicas,a%20dirimir%20desigualdades%20em%20sa%C3%BAde.. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PMAQ**: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os centros de especialidades odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAB**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. **Pactuação Interfederativa 2017-2021**: fichas de indicadores. [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/indicadores-de-pactuacao-interfederativa/17153-fichas-de-qualificacao-dos-indicadores-2017-2021/file>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 635, de 26 de dezembro de 1975**. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei nº 6050/74. Brasília, 1975b. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/349893/>. Acesso em: 19 set. 2020.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, out./dez. 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000400767&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2021.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação - algumas concepções teóricas sobre o tema. *In*: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Editora. Unisul, 2006. p. 115-139.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>. Acesso em: 06 mar. 2022.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da Qualidade da Atenção à saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

COLUSSI, C. M.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p. 1731-1745, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GwPGhc6dkTPJDs7ywR99svJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* (org.) **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

LACERDA, J. T. *et al.* Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LcWXZN33SQ5Kg9f5BfKX6x/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MARTINS, L. G. T. *et al.* Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n3/e00006415/#>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARTINS, P. H. S. *et al.* Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. **Stomatós**, v. 23, n. 45, p. 4-13, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=850/85056004002>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do programa nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

MELO, L. M. L. L. *et al.* Construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 30 ago. 2016a. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9037>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MELO, L. M. L. L. *et al.* Oral health assessment from the perspective of the municipal manager. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 4, 2016b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/c9b3cKkJX3gTPzb4CVrSFPz/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 04 nov. 2020.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MOIMAZ, S. S. *et al.* Protocolo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 63, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/S9q5SsstNHGP4LvssL8Yhrd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2020.

- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2019.
- NASCIMENTO, A. C. *et al.* Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **BMJ Open**, v. 9, n. 1, e 023283, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e023283.abstract>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- NEVES, M. *et al.* Primary Care Dentistry in Brazil: From Prevention to Comprehensive Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, n. 2 Suppl., S35-S48, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338883/>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- NICKEL, D. A. *et al.* Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-850, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400839&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.
- PALMIER, A. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Ver. Panam. Salud Publica**, 32, n. 1, p. 22-29, 2012. Disponível em: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v32n1/v32n1a04.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.
- PEREIRA, I. F. *et al.* Evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Municípios Paraibanos. **Revista de APS**, UFJF, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15280>. Acesso em: 14 mar. 2020.
- REIS, C. M. R. *et al.* Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 77, n. 4, p. 317-324, mar. 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jphd.12210?casa_token=K--icpEW1hIAAAA%3A-U4jh7K7BpTa7TF9GNpxd5yYYFab_b8Fww-t4l4q4FwQB1c0EHlsau4T9sH06vu94SMJNJANEaLPZHLL. Acesso em: 15 mar. 2020.
- REIS, C. M. R. *et al.* Understanding oral health care team performance in primary care: A mixed-method study. **PLoS One**, v. 14, n. 5, e.0217738, p. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.021773>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- SANTOS, N. M. L.; HUGO, F. N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n12/4319-4329/pt/#>. Acesso em: 14 mar. 2020.
- SCARPARO, A. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TvJPKgMNDjNdJfW6MRJsJtx/?lang=pt#>. Acesso em: 17 mar. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

VIANA, I. B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2019.v28n2/e2018060/pt/#>. Acesso em: 19 nov. 2020.

VIDAL, Tiago Barra *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2017504, dez. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000400013. Acesso em: 08 mar. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tratou da avaliação da ASB em SC, através dos atributos da APS para verificar a atuação das EqSB, nos municípios do estado que participaram do PMAQ, com pelo menos, 70% de suas equipes. Para isso foi desenvolvido um modelo avaliativo baseado em revisão bibliográfica, constituído de um modelo teórico lógico e matriz avaliativa composta de quatro dimensões. Estas foram os próprios atributos da APS, que totalizaram 29 indicadores e suas respectivas medidas.

Alguns indicadores considerados importantes e, inicialmente, propostos na matriz, não puderam ser analisados por não disponibilidade ou problemas de consistências de dados secundários: forma de contratação dos profissionais da assistência e existência de plano de carreira, controle da fluoretação das águas de abastecimento público e visitas domiciliares por dentistas.

Ressalta-se, desta forma, a importância do monitoramento e acompanhamento do registro de dados e a continuidade da coleta de informações, pois dados secundários disponíveis e com qualidade são essenciais para o monitoramento e avaliação das ações e orientação na tomada de decisão pelos gestores em saúde.

Observou-se, também, que alguns dados de assistência à SB, disponíveis, estão muito defasados com datas antigas e indicadores sem acompanhamento constante, o que gera preocupação e perda para a saúde no país, que fica sem alguns dados importantes atualizados, para que gestores possam tomar decisão, atrapalhando, também, a produção científica. A questão que fica é o motivo desta descontinuidade, que pode se dar pela alternância dos governos, em todas as esferas do poder.

Entende-se que os indicadores, com resultados positivos ou negativos, sempre devem ser acompanhados. Quando um indicador alcança excelência, o que pode mudar são as medidas, que devem ficar mais específicas. Pois quando aumenta a qualidade dos serviços aumenta o grau de exigência de gestores, profissionais e usuários.

Por outro lado, a variação constante de indicadores é um obstáculo para a gestão, na relação intergovernamental e, também, para profissionais da assistência, que tem dificuldade de se manter atualizados com tantas mudanças e, pode refletir na produção do conhecimento.

Percebeu-se, no transcorrer desta pesquisa, a importância dos estudos de avaliação. A disponibilidade de dados qualificados é importante para a gestão e para o melhor conhecimento da realidade que pode ser fornecido com estudos científicos.

Salienta-se, que a pandemia da Covid19, apesar das inúmeras preocupações e mudanças, não alterou a coleta de dados, pois já estava previsto o uso de dados secundários.

O resultado da pesquisa demonstrou que os municípios catarinenses cumprem satisfatoriamente os atributos da APS na saúde bucal. Sendo que os desafios da gestão municipal são maiores em municípios de grande porte. E em geral, os municípios analisados, ainda, apresentam desafios na cobertura de 1ª consulta, acessibilidade, reabilitação protética e oferta adequada de serviço.

A pesquisa concluiu que a tradição da avaliação da APS em SC pode ser um dos motivos dos bons resultados encontrados. A inexistência de avaliação da SB na APS, conforme o cumprimento dos atributos, demonstra a importância deste estudo, que espera contribuir para o aprofundamento do conhecimento e para a gestão no sentido de orientar a tomada de decisão na política pública, com vistas a garantir o direito à ASB.

Por fim, apesar de parecer óbvio que toda política de saúde deva ter como propósito a saúde da população, há determinantes complexos que, às vezes, levam a outros interesses, como lucro e poder. Pois a política de saúde está atrelada ao Estado, à sociedade e ao mercado. Então, pensando no SUS como um sistema de proteção social, há necessidade de que as políticas de saúde, realmente, sejam para todos, e não sirvam a interesses individualistas ou escusos. Para que haja uma APS forte, é necessário um Estado forte e com valores solidários.

REFERÊNCIAS

- ALDOSARI, M. A. *et al.* Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. **PLoS One**, v. 12, n. 11, e0187993, p. 1-13, nov. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187993>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SRK44WWn89nc8pxMjyMVY8m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- AMORIM, L. d. *et al.* User satisfaction with public oral health services in the Brazilian Unified Health System. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 126, 2019. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-019-0803-8>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/CO1239.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.
- BALDANI, M. H. *et al.* Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xh7y3T9Q6sjcSGBtPpwrVVS/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 17 mar. 2020.
- BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, mar. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2019.
- BASTOS, L. F. *et al.* Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. **Brazilian Oral Research**, v. 33, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/MVsmdPzbHhRPcpzFHcLx6gQ/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- BAUMGARTEN, A. *et al.* Procedimentos curativos em saúde bucal e características estruturais da atenção primária odontológica. **Revista De Saúde Pública**, v. 52, n. 35, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/144973>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- BEZERRA, L. C. D. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. D. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* (org.) **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec; 2000.

BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Ed. Páginas e Letras, 2008.

BRASIL, P. R. C.; SANTOS, A. M. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280414, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975**. Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. Brasília, 1975a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d76872.htm. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. **e-Gestor AB**: informação e gestão de atenção básica. 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 09 dez. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal. Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16050.htm. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília/DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal:** Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.** Brasília: 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1993. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas. **Manual instrutivo 2º Ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF – Terceiro ciclo – (2015-2017). Brasília, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003:** Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf>. Acesso: 07 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **SB Brasil 2010:** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **PCATool Brasil/2020**: manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: versão preliminar. Brasília, 2020. 237 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. **Pactuação Interfederativa 2017-2021**: fichas de indicadores. [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/indicadores-de-pactuacao-interfederativa/17153-fichas-de-qualificacao-dos-indicadores-2017-2021/file>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. **Passo a Passo das Ações da PNSB**. Brasília, 2016b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf. Acesso em: 09 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 635, de 26 de dezembro de 1975**. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei n.º 6050/74. Brasília, 1975b. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/349893/>. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **e-SUS Atenção Básica**: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUNHAUSER, A. L.; MAGRO, M. L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 24-31, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/2850/2422>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 383-391, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r3b4kbTM5FPWXZrpR7FLFsG/?lang=pt#>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação - algumas concepções teóricas sobre o tema. *In*: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Editora. Unisul, 2006. p. 115-136.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1065>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011b. p. 60-74.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, nov. 2012. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/1679200192?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 07 mar. 2020.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da Qualidade da Atenção à saúde bucal em Santa Catarina.** 2010. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

COLUSSI, C. M.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p. 1731-1745, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GwPGhc6dkTPJDs7ywR99svJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

CONASS. **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2014. CONASS Debate, 3. 171 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CONASS. O Papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. *In:* CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015, p. 22-55.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Stoclm: Institute for Future Studies, 1991.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *In:* Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1., 1978. **Anais [...]. Alma-Ata/URSS**, set. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

ELY, H. C. *et al.* Vigilância da Saúde Bucal. *In:* ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Orgs.). **Epidemiologia da Saúde Bucal.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2006. p. 295-334.

ESSVEIN, G. *et al.* Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 15, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MjgmvNh386g5PkvrbqLF4Fz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2020.

FAGUNDES, D. M. *et al.* Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, set. 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n9/e00049817/pt/#>. Acesso em: 06 nov. 2020.

FERNANDES, J. K. B. *et al.* Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mTzMS5SVLFPWP5fT9bmCdqk/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2020.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>. Acesso em: 14 mar. 2020.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a Prática nas Instituições. *In*: SAMICO, I. *et al.* (org.) **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.

FLEURY; S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política Social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-63. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/04>. Acesso em: 07 abr. 2020.

HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e confiabilidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCAToll) no Brasil: versão para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, out./dez. 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821>. Acesso em: 04 mar. 2020.

HIROOKA, L. B. *et al.* Structural factors for public dental health services in Regional Health Care Network 13: an analysis of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 1, p. 31-39, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/9ZL59LqV3YF8h4k7YfLyTNz/?format=pdf&lang=em>. Acesso em: 12 mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer de boca: versão para profissionais de saúde**. 2018. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca/profissional-de-saude>. Acesso em: 06 nov. 2019.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. A inclusão da Odontologia. *In*: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Editora. Unisul, 2006. p. 41-57.

MACHADO, F. C. A.; SOUZA, G. C. A.; NORO, L. R. A. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 187-202, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n1/187-202/pt>. Acesso em: 06 nov. 2020.

MARTINS, L. G. T. *et al.* Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n3/e00006415/#>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARTINS, P. H. S. *et al.* Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. **Stomatós**, v. 23, n. 45, p. 4-13, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=850/85056004002>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XG6xk9fSzpV47wjrsWYf6zN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2019.

MATTOS, G. C. M. *et al.* Perception of ‘Comprehensiveness of Care’: a qualitative study amongst dentists in the Brazilian Health System. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/hJ6tSPVKJDrs9RRLKMmY5y/?lang=en#>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MELO, L. M. L. L. *et al.* Construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 30 ago. 2016a. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9037>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MELO, L. M. L. L. *et al.* Oral health assessment from the perspective of the municipal manager. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 4, 2016b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/c9b3cKkJX3gTPzb4CVrSFPz/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 04 nov. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, S. R. *et al.* Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 14, n. 12, 1480, 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/12/1480/htm>. Acesso em: 17 mar. 2020.

- MENDES, S. R. *et al.* Using Item Response Theory to evaluate the psychometric characteristics of questions in a Brazilian programme and the performance of dental teams in primary care. **PLoS ONE**, v. 14, n. 5, e0217249, may. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217249>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- MOIMAZ, S. S. *et al.* Protocolo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 63, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/S9q5SsstNHGP4LvssL8Yhrd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2019.
- MORETTI-PIRES, R. O. Avaliação da gestão do trabalho em Saúde da Família. Curitiba: Appris, 2012.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 20 abr, 2020.
- MOURA, M. S. *et al.* Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dmyZnXpqrYsmD35tSfFbhng/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- MOYSÉS, S. J. *et al.* Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 161-167, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900161&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2019.
- MOYSÉS, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- NARVAI, P. C.; MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal: trinta anos depois da 1ª Conferência Nacional. **Revista Cebes**, Rio de Janeiro, out. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/10/saude-bucal-trinta-anos-depois-da-1a-conferencia-nacional/>. Acesso em: 18 out. 2019.
- NASCIMENTO, A. C. *et al.* Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **BMJ Open**, v.

9, n. 1, e 023283, 2019. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e023283.abstract>. Acesso em: 21 mar. 2020.

NEVES, M. *et al.* Primary Care Dentistry in Brazil: From Prevention to Comprehensive Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, n. 2 Suppl., S35-S48, 2017.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338883/>. Acesso em: 21 mar. 2020.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, maio 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bhf7HrChW3gg8SdkFpf793r/?lang=pt#>. Acesso: 18 mar. 2020.

NICKEL, D. A. *et al.* Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-850, abr. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400839&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

NICKEL, D. A.; CAETANO, J. C.; CALVO, M. C. M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 373-379, set./dez. 2009. Disponível em: <https://nepas.paginas.ufsc.br/files/2011/09/Modelo-de-Avalia%C3%A7%C3%A3o-da-Aten%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-Bucal.pdf>.

Acesso em: 12 nov. 2019.

NICKEL, D. A.; LIMA, F.G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2019.

NORO, L. R. A. O desafio da vigilância em Saúde bucal no SUS. *In*: DIAS, A. A. **Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. p. 187-210.

OLIVEIRA, E. J. P.; NOGUEIRA, D. A.; PEREIRA, A. A. Relação entre percepção sobre serviços odontológicos e condições de Saúde Bucal em hipertensos e diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, nov. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n11/3695-3704/pt/#>. Acesso em: 12 mar. 2020.

PALMIER, A. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Ver. Panam. Salud Publica**, 32, n. 1, p. 22-29, 2012. Disponível em:

https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v32n1/v32n1a04.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25, n. 5, p. 985-996, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/7wpZrKYDCFxbx495g3yMW5F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2020.

PEREIRA, I. F. *et al.* Evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Municípios Paraibanos. **Revista de APS**, UFJF, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15280>. Acesso em: 14 mar. 2020.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/fQLDgyRVYNN8x3WZhqMRNkH/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 12 mar. 2020.

PINTO, V. G. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. *In*: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 01-22.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Manual instrutivo dos Códigos Odontológicos do SIA/SUS - CD**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://saudebucalpmpa-eps.weebly.com/uploads/3/9/2/7/39270355/manual_cdigos_ab.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2019.

REIS, C. M. R. *et al.* Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 77, n. 4, p. 317-324, mar. 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jphd.12210?casa_token=K--icpEW1hIAAAAAA%3A-U4jh7K7BpTa7TF9GNpxd5yYYFab_b8Fww-t4l4q4FwQB1c0EHlsau4T9sH06vu94SMJNJANEaLPZHLL. Acesso em: 15 mar. 2020.

REIS, C. M. R. *et al.* Understanding oral health care team performance in primary care: A mixed-method study. **PLoS One**, v. 14, n. 5, e.0217738, p. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.021773>. Acesso em: 12 mar. 2020.

RODRIGUES, A. B. T. *et al.* O panorama da fluoretação das águas de abastecimento público da cidade de Belém, estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, Ananindeua, v. 12, e202100708, jul. 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232021000100050&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2021.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/10409-plano-estadual-de-saude-2016-2019/file>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SANTA CATARINA. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/pmaq/10452-o-que-e-pmaq/file>. Acesso: 22 mar. 2021.

SANTOS, N. M. L.; HUGO, F. N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n12/4319-4329/pt/#>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SANTOS, T. P. *et al.* What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **PLoS One**, v. 14, n. 4, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215429>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SCARPARO, A. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TvJPKgMNDjNdJfW6MRJsJtx/?lang=pt#>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 201-207, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n1/201-207/pt>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SILVA, S. F. *et al.* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 211-220, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100024&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 04 abr. 2020.

SOUZA, D. S. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF. *In:* MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (org.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 21-38.

SOUZA, E. C. F. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 18-43, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n1/24-28/#ModalArticles>. Acesso: 19 mar. 2021.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde. Pública**, v. 23, n. 11, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dWWFKyHp7G5jVB8zxrvXsZf/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

USO DO PMAQ PARA ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. *In:* Encontro Estadual para Fortalecimento da Atenção Básica, 1., 2018. **Anais [...]**. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas-RS, 2018. *online*. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/2_Facchini_Apresentacao_POA_16maio2018.pdf. Acesso em: 21 mar. 2021.

VIANA, I. B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2019.v28n2/e2018060/pt/#>. Acesso em: 19 nov. 2020.

VIDAL, Tiago Barra *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2017504, dez. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000400013. Acesso em: 08 mar. 2022.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180398, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2019.

WARMLING, C. M.; FERREIRA, E.; PADILHA, W. Saúde Bucal Coletiva: subvertendo o território odontológico. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 4, p. 44-46, jun. 2017. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/PDF_ENSAIOS_COMPLETA_4.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

APÊNDICE A - MATRIZ AVALIATIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, SEGUNDO ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, CONTENDO INDICADORES, RATIONALES, MEDIDAS E PERGUNTAS COM A FONTE DE EVIDÊNCIA.

Quadro 4 - Matriz avaliativa com os quatro atributos/dimensões e seus respectivos indicadores com *rationales*.

Para cada indicador, a medida utilizada com as perguntas e a fonte do dado

	Rationale do atributo APC: A atenção ao primeiro contato compreende a acessibilidade (relacionado à estrutura) e a utilização (como processo de uso). Engloba toda forma que facilite o usuário ingressar no serviço, para que possa ser atendido a cada novo problema de saúde ou novo episódio do problema. A sedimentação desde "local" como referência para o usuário, fará com que ocorra a atenção ao primeiro contato. A garantia de acesso tem papel importante na redução de morbidade e mortalidade e a realização da APC através da APS tende a obter melhores resultados com custos reduzidos. Sem o cumprimento deste atributo os demais não se concretizarão (STARFIELD, 2004).			
Indicador	Rationale do indicador	Medida	Pergunta	Fonte
Acolhimento	A existência da organização do serviço para acolher o usuário de acordo com suas demandas e de forma tal que se estabeleça uma referência para atenção sempre que necessário é uma forma de garantir o acesso da população à ASB	Percentual de EqSB que faz acolhimento	No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal: Escuta a queixa do usuário; Avalia a necessidade de saúde do usuário (Geral); Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno (Geral); Realiza atendimento clínico (Geral); Encaminha o usuário para outro serviço.	PMAQ Mód.VI - Questão VI.7.6 : item 1 ao 5
Cobertura de atendimento odontológico	A APS como porta de entrada do SUS é uma característica deste atributo. E a cobertura de 1ª consulta odontológica indica o acesso dos usuários ao tratamento odontológico (manual instrutivo 3º ciclo PMAQ). A partir da 1ª consulta, é traçado um plano de tratamento e, se necessário, inclusão de encaminhamentos para atenção especializada. Dessa forma, a APS permite o acesso a atenção especializada de forma estruturada, portanto, não como barreira aos demais serviços, mas ao contrário, como garantia de acesso a eles.	Cobertura de primeira consulta odontológica	Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática * 100/ População residente	PMAQ indicador 1.6

Organização da agenda	A organização da agenda de acordo com as necessidades dos usuários e seus agravos, com consultas de demanda livre e programas , facilita a utilização dos serviços	Percentual de EqSB que oferece atendimento a consultas programadas e de demanda livre/espontânea	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante: Atendimento agendado/ programado; Atendimento de demanda espontânea.	PMAQ mod.VI - Questão VI.7.3 item 1 e 2
Atendimento de urgência	A oferta de atendimento de urgência de acordo com as necessidades e demandas do usuário facilita a o acesso e utilização dos serviços, pois só acontecerá atenção ao primeiro contato quando os usuários identificarem o serviço como acessível, permitindo sua utilização.	Percentual de EqSB que oferta atendimentos de urgências	No atendimento à demanda espontânea a EqSB realiza: Atendimento de urgência (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, pulpotomia, tratamento de alveolite, tratamento inicial de dente traumatizado, outros).	PMAQ Mód. VI - Questão VI.7.4 item 1
Localização facilitada da equipe	A localização do consultório odontológico na mesma estrutura da UBS facilita a acessibilidade dos usuários ao tratamento odontológico, pois é importante para os usuários saber onde ir quando buscam atenção em SB.	Percentual de EqSB que atendem na mesma estrutura da EqSF ou equipe da APS	V.5.2 O(s) consultório(s) odontológico(s) está(ão) localizado(s) dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?	PMAQ Mód. V - Questão V.5.2
Acessibilidade	A acessibilidade da atenção deve se dar desde a unidade de saúde até o nível da população. Portanto a adequação da estrutura da UBS para pessoa com deficiência- PCD, visa reduzir barreiras de acesso e assim garantir a acessibilidade	Percentual de EqSB lotada em UBS com adequação estrutural adequadas para cadeirantes ou PCDs	Nas dependências da unidade, existe: 4.2.1 Entrada externa adaptada para cadeira de rodas; 4.2.2 Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc.); 4.2.3 Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas e 4.2.5 Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas	PMAQ Mód.I questão I.4.2.1;I.4.2.2; I.4.2.3 e I.4.2.5

Identificação de pessoal e serviços	Para que ocorra a utilização é necessário que a população reconheça os serviços a sua disposição.	Percentual de EqSB lotadas em UBS que exhibe dados da organização dos serviços e dos profissionais	I.4.3. A(s) equipe(s) disponibiliza(m) na estrutura da unidade: O horário de funcionamento da unidade de saúde; A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe; A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho ; Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco).	PMAQ Mód.I - Questão 4.3 item 1 ao 5
Garantia de insumos	Disponer de insumos em quantidade suficiente para atender as necessidades do usuário a cada novo problema de saúde é uma forma de garantir o acesso aos serviços de sb	Percentual de EqSB com insumos disponíveis em quantidade suficiente	Quais insumos há em quantidade suficiente? 9.5 Anestésico tópico em quantidade suficiente? 9.15 Fio de sutura em quantidade suficiente (fio e agulha)? 9.17 Flúor gel em quantidade suficiente? 9.38 Sistema adesivo, 9.42 Medicação intracanal para polpa viva e polpa necrosada em quantidade suficiente? 9.55 Luvas em quantidade suficiente? 9.57 Máscaras em quantidade suficiente?	PMAQ Mód. V- Questão V 9.5, 9.15, 9.17, 9.38, 9.42, 9.55 e 9.57
Ampliação do acesso à SB	Quando a gestão municipal está organizada com o intuito de garantir boa cobertura de ASB ela oferta ações e serviços de SB à sua população o que pode gerar melhoria de acesso na APS. Ao garantir boa proporção entre o nº total de EqSB e a população residente (por exemplo 1 EqSB: 3500 usuários) há real possibilidade de concretização da atenção ao primeiro contato através da utilização do serviço de SB a cada novo problema de saúde. Assim, tende-se a gerar melhores resultados com menores custos ao sistema de saúde, com prevenção de agravos e possivelmente, gerar mais saúde e satisfação ao usuário.	Cobertura populacional de saúde bucal na APS	$\{(n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB} \text{ equivalentes} * 3.000) \text{ em determinado local e período} / \text{população no mesmo local e período}\} * 100$	Indicador 19 da Pactuação Interfederativa (2017-2021) (BRASIL, [s.d.])

	Rationale do Atributo Longitudinalidade: O cumprimento da Longitudinalidade visa garantir uma fonte regular de atenção com acompanhamento do usuário ao longo do tempo. Tendo assim, o benefício de uma melhor atenção preventiva, através do reconhecimento da população adscrita. Desta forma, pode-se garantir uma atenção mais adequada e, por consequência, redução de hospitalizações e custos (STARFIELD, 2004).			
Indicador	Rationale por indicador	Medida Proposta	Pergunta	Fonte
Vínculo	Para que ocorra a criação de vínculo à equipe de saúde devem ser capaz de identificar sua população e a população os profissionais (STARFIELD, 2002).	Percentual de EqSB que possui mapa do território	VI.3.3 A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	PMAQ SB Mód. VI - Questão VI.3.3
Qualificação da atenção	Garantir estratégias que qualifiquem a atenção visa garantir a Longitudinalidade pois o acompanhamento do usuário deve se estender ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de doença (STARFIELD, 2004).	Percentual de EqSB lotada em UBS que asseguram privacidade do atendimento	Sobre as características estruturais e a ambiência, observar se TODOS os consultórios odontológicos: 5.4.5 Permitem privacidade ao usuário	PMAQ Mód. V questão V.5.4.5
Atenção voltada ao paciente	Para garantir a longitudinalidade é importante usar estratégias que facilitem a criação de vínculo com a população, pois os atendimentos que refletem preocupação com o usuário tendem a favorecer a adesão ao tratamento e fomentar relação de confiança interpessoal.	Percentual de EqSB com disponibilidade horário para sanar dúvidas pós consultas ou análise de evolução de casos demandadas pelo usuário	Existe reserva de vagas na agenda da Equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que: O usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	PMAQ mod VI questão 7.2 (item 2)
Planejamento de ações	A participação da EqSB no planejamento favorece o reconhecimento do território e da população e suas particularidades e visa envolver os profissionais e os usuários em ações ao longo do tempo.	Realização de planejamento das ações junto aos demais profissionais da APS	4.1 A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações? 4.2 A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	PMAQ SB Mód.VI, Questão VI.4.1 e VI.4.2

Proporção entre equipes	Quando há boa proporção entre o número de equipes, preferencialmente 1EqSB: 1 EqSF (EqAPS ou parametrizada) haverá também maior interação com consequente qualificação da atenção. O apoio mútuo entre as equipes na rotina do cuidado aos usuários gera maior formação de vínculo entre essas. E esse apoio favorece o acompanhamento da vida da população adscrita sob diferentes perspectivas e necessidades ao longo do tempo, em conjunto: a EqSB com demais profissionais da APS	Proporção de EqSF (ou EqAPS) por EqSB	Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	PMAQ SB Mód.VI, Questão VI.3.1
Rationale do Atributo Coordenação: Este atributo está relacionado com a continuidade e o reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2004). E envolve os serviços presentes na APS e os que estão ao longo da rede (para atender necessidades menos frequentes e mais complexas).				
Indicador	Rationale do indicador	Medida	Pergunta	Fonte
Disponibilidade de dados informatizados	Para que haja coordenação do cuidado em todos os pontos da rede, com acompanhamento da APS, é preciso que os dados estejam informatizados para que ocorra acesso fácil e rápido aos dados e informações em saúde.	Percentual EqSB que registra dados em prontuário eletrônico	Como são registradas as informações de saúde? Prontuário eletrônico	PMAQ SB Mód.VI - Questão VI.6.1.2
Regulação da atenção	A regulação tem um papel de promover a equidade da atenção encaminhando os casos de maior necessidade/ prioridade; e fazendo o controle das filas e isto só ocorre quando há coordenação da atenção.	Município conta com central de regulação	Existe central de regulação disponível para encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? 12.8 Quais centrais de marcação disponíveis? Item 1) Marcação de consulta especializada 2) Marcação de exames	PMAQ AB Mód II questão II.12.7 - e 12.8

Padronização dos fluxos de encaminhamentos	A existência de protocolos que orientem as ações em cada ponto da rede é essencial para a coordenação da atenção, através da formalização dos fluxos e adequação dos encaminhamentos à atenção especializada e retornos à APS	Percentual de EqSB que utiliza protocolos para encaminhamentos a outros níveis de atenção	10.3 A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?	PMAQ SB Mód.VI - Questão VI.10.3
Referência e contra-referência	Para efetivação dos fluxos formais guiados por protocolos, é necessário que a comunicação formal/escrita aconteça com todas as informações necessárias ao encaminhar o usuário ao especialista e no seu retorno à APS, sendo estas ações devem ser coordenadas pela APS.	Percentual de EqSB que encaminha o usuário com informação sobre o atendimento e Percentual de EqSB que recebe informações dos especialistas	10.4 O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento? Há documento que comprove? 10.5 A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?	PMAQ SB Mód.VI - Questão VI.10.4 e 10.5
Acompanhamento e monitoramento do cuidado	O monitoramento dos encaminhamentos dentro da rede de atenção é responsabilidade da APS, a coordenadora da rede	Percentual de EqSB que acompanha e monitora o cuidado	Após a referência do usuário para o tratamento, a Equipe de Saúde Bucal acompanha e monitora a continuidade do cuidado?	PMAQ SB Mód. VI - Questão VI.11.9
Atenção interdisciplinar	A participação da EqSB nos espaços para discussão de casos complexos e construção de projetos terapêuticos favorece a coordenação do trabalho, pois estimula o reconhecimento dos problemas, e a melhor forma de realizar, em equipe, a coordenação da atenção.	Percentual de EqSB que realiza discussão de casos/projetos terapêuticos junto aos demais profissionais da APS	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	PMAQ mod VI questão VI.4.4

Continuidade da atenção	Se os atendimentos acontecerem com a mesma EqSB, cujos profissionais sejam a referência do usuário para cuidados em saúde bucal, o reconhecimento de problemas é facilitado, portanto, a capacidade de garantir a continuidade da atenção está relacionada à coordenação do cuidado (STARFIELD, 2004).	Percentual de EqSB que garante o retorno para continuidade do tratamento	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico? 1 A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior; 2 A próxima consulta é marcada pela EqSB e depois comunicada para o usuário; 3 A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS; 4 É solicitado ao usuário vir a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio); 5 No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento; 6 outro	PMAQ SB Mód. VI - Questão VI.7.12
	Rationale do atributo Integralidade: Integralidade é reconhecer e entender as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde. Inclusive as questões além dos serviços de saúde, como problemas sociais, econômicos, ambientais, e que sejam um fator de risco a doenças. Esse atributo compreende ações relacionadas desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, inclusas na APS ou em outros pontos da rede de atenção à saúde.			
Indicador	Rationale do indicador	Medida	Pergunta	Fonte
Vigilância em saúde	Conhecendo o perfil epidemiológico da população adscrita é possível realizar o planejamento das ações de acordo com as necessidades de saúde e agir integralmente (Pesquisa nacional de SB 2012).	Percentual de EqSB que fazem acompanhamento do perfil epidemiológico da população adscrita	Percentual de EqSB que fazem acompanhamento do perfil epidemiológico da população adscrita	PMAQ SB Mód. VI, Questão VI.4.3
Educação em saúde	As atividades de educação em saúde voltadas para mudança de hábito e reconhecimento de estilos de vida saudáveis geram promoção de saúde e compõem a integralidade das ações de saúde da APS	Percentual de EqSB com disponibilidade de material para educação em saúde	Com qual frequência estão disponíveis impressos para educação em saúde?	PMAQ SB Mód. V, Questão V.10.2

Prevenção individual	Atividades preventivas (coletivas ou individuais) visam reduzir o risco de doenças e melhorar a qualidade de vida, contribuindo para atenção integral	Prevenção individual	No atendimento clínico, a Equipe de Saúde Bucal realiza: Aplicação de selante, Aplicação de flúor e Raspagem,	PMAQ SB Mód.VI, Questão VI.7.5 (itens 1,2 e 6)
Reabilitação protética	Entre as ações de recuperação, a reabilitação oral através da instalação de próteses dentárias é essencial para a completude da atenção em SB, gerando integralidade	Percentual de EqSB que Oferta de prótese dentária pela EqSB	No atendimento clínico, a Equipe de Saúde Bucal realiza: Instalação de prótese	PMAQ Mód.VI, Questão VI.7.5, item 12
Atenção ao câncer de boca	Para que haja integralidade na assistência em saúde bucal é necessário estar na rotina da equipe a atenção ao câncer de boca. Desde a realização de atividades de Promoção e prevenção ao câncer de boca (relacionadas à saúde geral, como alimentação saudável, evitar o tabagismo e exposição longa sem proteção ao sol) e estimular o diagnóstico precoce do câncer de boca (lesões costumam ser diagnosticada em estágio avançado, gerando pior prognóstico) e, quando já houver instalação da doença, ofertar tratamento oncológico na rede.	Percentual de EqSB que realiza Ações de prevenção e diagnóstico do câncer bucal com encaminhamentos na rede de atenção a SB	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca? A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?	PMAQ Mód.VI - Questão VI.11.1; e Questão VI.11.8
Oferta de Consultas especializadas	Para atingir uma atenção integral em SB é necessário ofertar consultas especializadas na rede de atenção.	Percentual de EqSB que Ofertam consultas especializadas em SB	Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?	PMAQ Mód.VI, Questão VI.10.2

Intersetorialidade	Trabalhar intersetorialmente permite à equipe conhecer outros espectros da vida da comunidade e assim agir antecipadamente a agravos, quando estes sejam decorrentes de problemas sociais, econômicos, ambientais.	Percentual de EqSB que realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?	VI.7 - Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe. 7.1A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?	PMAQ Mód. VI - Questão VI. 7.1
Oferta adequada de Serviços de ASB na APS	Para que seja atingida a integralidade na APS é necessário que sejam ofertados serviços amplos entre o roll de possibilidades de seu escopo, assegurando integralidade da assistência.	Percentual de Oferta de serviços essenciais	Quantitativo de serviços ofertados em SB na APS/ Total de serviços em SB na APS esperado * 100	indicador 4.2 PMAQ

Fonte: Elaborado pela autora (2022).