

ACESSO À SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB

Recebido em: 19/06/2023

Aceito em: 20/07/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i7.2023-026

Muriel Stein Pezzini ¹
Maria Lucia Frizon Rizzotto ²

RESUMO: A saúde bucal brasileira por muito tempo se restringiu a procedimentos de baixa complexidade, realizados em sua maioria no sistema privado, enaltecendo as diferenças socioeconômicas. A presente pesquisa buscou analisar a evolução da assistência odontológica nas regiões do Brasil, a partir dos dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Um estudo quantitativo, com amostra composta por 17.202 equipes do primeiro ciclo, 29.778 do segundo e 37.350 do terceiro, e por 46.362 usuários do primeiro e 62.161 do terceiro. Os dados do Ministério da Saúde, foram agrupados por regiões e aplicaram-se os testes de Cochran Mantel Haenszel, Qui-quadrado para K proporções e Marascuilo, com nível de significância de 5%. Observou-se aumento da cobertura em nível nacional, mas redução na relação entre equipes de Saúde Bucal e de Atenção Básica de 72% para 61%; crescimento no agendamento de primeira consulta, 56% para 92%; aumento no tempo de espera pela consulta, exceto no Nordeste; e aumento de agendamento de retornos, 61% para 67%. Os dados mostraram uma cobertura de saúde bucal insuficiente, sendo maior na presença da Estratégia Saúde da Família, a influência do modelo assistencial bem como a interferência dos determinantes sociais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ACCESS TO ORAL HEALTH IN BRAZIL: AN ANALYSIS BASED ON PMAQ-AB DATA

ABSTRACT: Brazilian oral health has for a long time been restricted to procedures of low complexity, mostly performed in the private system, praising socioeconomic differences. The present research sought to analyze the evolution of dental care in the regions of Brazil, based on data from the three cycles of the National Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care. A quantitative study, with a sample composed of 17,202 teams from the first cycle, 29,778 from the second and 37,350 from the third, and 46,362 users from the first and 62,161 from the third. The data from the Ministry of Health, were grouped by regions and applied Cochran Mantel Haenszel's tests, Chi-square for K proportions and Marascuilo, with significance level of 5%. We observed an increase in coverage at the national level, but a reduction in the relationship between the Oral Health and Primary Care teams from 72% to 61%; growth in the schedule of the first visit, 56% to 92%; increase in the waiting time for the consultation, except in the Northeast; and an increase in the scheduling of returns, 61% to 67%. The data showed insufficient oral health coverage, being greater in the presence of the Family

¹ Mestra em Biociências e Saúde. Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Campus Cascavel. E-mail: muriel_pezzini@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8380-8686>

² Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Campus Cascavel. E-mail: frizon@terra.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362>

Health Strategy, the influence of the care model as well as the interference of social determinants of health.

KEYWORDS: Oral Health; Access to Health Services; Primary Health Care.

ACCESO A LA SALUD DE LAS CULTIVAS EN BRASIL: ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL PMAQ-AB

RESUMEN: La salud oral brasileña se ha limitado durante mucho tiempo a procedimientos de baja complejidad, realizados en su mayoría en el sistema privado, alabando las diferencias socioeconómicas. Esta investigación buscó analizar la evolución de la asistencia dental en las regiones del Brasil, a partir de los datos de los tres ciclos del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Básica. Un estudio cuantitativo, con una muestra compuesta por 17.202 equipos de primer ciclo, 29.778 segundos y 37.350 tercios, y 46.362 usuarios del primero y 62.161 tercios. Los datos del Ministerio de Salud se agruparon por región y se aplicaron las pruebas de Cochran Mantel Haenszel, Qui-Square para proporciones K y Marascuilo, con un nivel significativo de 5%. Se observó una mayor cobertura a nivel nacional, pero una reducción en la relación entre los equipos de salud básica y atención básica del 72% al 61%; un aumento en la programación de la primera visita del 56% al 92%; un aumento en el tiempo de espera de las consultas excepto en el noreste; y un aumento en la programación de los retornos del 61% al 67%. Los datos mostraron una cobertura insuficiente de la salud bucal, siendo mayor en presencia de la Estrategia de Salud Familiar, la influencia del modelo de asistencia, así como la interferencia de los determinantes sociales de la salud. **PALABRAS CLAVE:** Salud Bucal; Acceso a los Servicios de Salud; Atención Primaria de la Salud.

1. INTRODUÇÃO

Acesso é o princípio que caracteriza a capacidade de um sistema de saúde oferecer os serviços que a população de determinado território necessita, em tempo oportuno, independente do grau de complexidade. Se relaciona com fatores como a localização do serviço de saúde, a disponibilidade de horários e dias de atendimento, capacidade técnica da equipe e envolve questões políticas, econômicas, sociais e organizativas, as quais devem favorecer a entrada no sistema, sendo considerada a primeira etapa a ser superada pelo usuário na busca pelo atendimento (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Atenção Básica (AB) deve “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção” (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada em 2004, marcou a inserção mais efetiva da odontologia dentro dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo que esta é parte integrante das necessidades da população quando se adota

o conceito ampliado de saúde e a integralidade como princípio. Estabeleceu diretrizes para a saúde bucal com o objetivo de criar fluxos para ações mais resolutivas em todos os níveis de atenção. Propôs a ampliação e qualificação da AB através do desenvolvimento de ações de prevenção, aumento e resolutividade do pronto atendimento, execução de procedimentos de maior complexidade, ampliação do acesso e intervenções que buscassem a integralidade da atenção. Com isso, o desenvolvimento da saúde bucal na AB se constituiu em um meio para mudanças e enfrentamento do modelo hegemônico de atendimento que ao longo do tempo dificultou o avanço das práticas odontológicas (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Os problemas bucais estão relacionados aos determinantes sociais de saúde. Estudos mostraram que a maioria das lesões de cárie estão concentradas em grupos que vivem em condição de pobreza relativa ou absoluta (SCHWENDICKE et al., 2015). A baixa condição socioeconômica leva a uma pior saúde periodontal na vida adulta e populações com piores condições apresentam maior chance de perda dentária (CELESTE; OLIVEIRA; JUNGES, 2019). No Brasil, a saúde bucal foi apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde, tendo grande relação com escolaridade, renda e condição socioeconômica (COSTA et al., 2018b).

Em 2011, com o objetivo de realizar uma gestão pública baseada na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi previsto para ocorrer de forma cíclica, até o momento foram realizados três ciclos, o primeiro entre 2011 e 2012, o segundo de 2013 a 2014 e o terceiro de 2015 a 2018. Cada ciclo é composto por fases que se complementam, sendo elas: adesão e contratualização, avaliação externa, certificação e recontratualização. A avaliação externa, segunda fase do programa, é realizada por equipe treinada e capacitada, de forma presencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o território nacional para coleta de informação e verificação in loco dos padrões de acesso e qualidade estabelecidos. São realizadas verificações de infraestrutura e funcionamento da unidade, mediante observação direta, além de entrevistas com usuários, trabalhadores da equipe de saúde e da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Apesar da relevância das condições bucais, por longo período a odontologia foi estruturada em um atendimento basicamente curativo, tanto em consultórios particulares quanto nos serviços públicos, fragmentada, composta por ações eminentemente clínicas,

com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas sobretudo aos escolares (NARVAI, 2006). Estando clara a influência direta que as condições de saúde bucal exercem na sociedade, e como por muito tempo não foram tratadas com a devida importância e planejamento, justifica-se o presente estudo pela necessidade de pontuar dificultadores do acesso aos serviços odontológicos. Sendo assim o objetivo analisar a evolução do acesso à assistência odontológica no Brasil, através dos dados da avaliação externa dos três ciclos do PMAQ-AB.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, analítico com enfoque quantitativo. A amostra foi composta por todas as equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde da Família (eSF) participantes dos três ciclos do PMAQ-AB, sendo 17.202 no primeiro ciclo 2011/2012, 29.778 no segundo ciclo 2013/2014 e 37.350 no terceiro ciclo 2015/2018. Em relação aos usuários, utilizou-se dados do primeiro e terceiro ciclos em função de mudanças no questionário do segundo ciclo que não permitia comparações. No primeiro ciclo foram entrevistados 46.362 usuários e no terceiro ciclo 62.161.

Coletaram-se dados secundários, referentes a respostas selecionadas dos questionários pertencentes ao instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, aplicados nos três ciclos do programa. A coleta foi realizada no banco de dados do programa, disponível no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), em 01/07/2019.

O instrumento de avaliação externa, era composto por módulos que variaram durante os ciclos. No primeiro ciclo foram três módulos I - Observação na unidade de saúde; II – Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação dos documentos na unidade de saúde; III – Entrevista na unidade de saúde com o usuário. No segundo e terceiro ciclos foram mantidos os módulos já citados e adicionados outros três módulos: IV – Entrevista com os profissionais do NASF e verificação de documentos na unidade de saúde, V – Observação da unidade de saúde para saúde bucal e VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal e verificação de documentos na unidade de saúde.

Cada módulo era composto por questões, as quais foram preenchidas através da observação do avaliador e das respostas dos entrevistados (profissionais e usuários). Ao longo dos anos os módulos sofreram alterações tanto na quantidade quanto no conteúdo das questões abordadas. Para a seleção dos dados da presente pesquisa foi considerada a

existência da mesma pergunta, direcionada ao mesmo quadro de entrevistados, nos três ciclos do PMAQ-AB, a fim de possibilitar uma comparação válida. Tal motivo excluiu os usuários do segundo ciclo.

Os dados foram agrupados por regiões geográficas, organizados em banco próprio, registrados em planilhas no Excel[®] e posteriormente apresentados em tabelas e gráficos. As questões abordadas possuíam como resposta, no banco de dados do MS, um valor numérico que fazia referência às respostas positivas como sim e possui, e outro valor referente às repostas negativas como não, não possui, não soube ou não respondeu.

A variável V1, analisou a inserção dos serviços odontológicos dentro da AB, analisando o número de equipes com saúde bucal em relação ao total (eAB e eSF). Em cada uma das cinco regiões do país (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste), nos três ciclos do programa. As variáveis V2, V3 e V4 foram selecionadas dos módulos respondidos pelos usuários no primeiro e terceiro ciclo. A variável V2 foi analisada selecionando apenas as respostas SIM e NÃO, representando usuários que procuraram atendimento odontológico na UBS. As variáveis V3 e V4 tiveram como “n” os usuários que declararam conseguir atendimento odontológico na unidade e diziam respeito ao tempo de espera (V3) e se o usuário saía da UBS com a próxima consulta agendada até o final do tratamento (V4).

Para análise utilizou-se estatística inferencial, aplicando o teste Cochran Mantel Haenszel para verificar a presença de diferenças estatísticas significativas, seguido do Teste Qui-quadrado para K proporções e Marascuilo para análise das frequências, e para a variável V3 foi realizado cálculo do tempo médio. Foi adotado significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Utilizado o software XLSTAT 2014[®].

3. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a distribuição das equipes de AB e SF e usuários entrevistados no âmbito do PMAQ-AB, segundo o ciclo e região do país. Note-se que em todos os ciclos do programa a região Nordeste apresenta o maior quantitativo de equipes participantes e usuários respondentes, seguido pela região Sudeste. A região Norte teve o menor quantitativo no primeiro e segundo ciclo, sendo superada pela região centro-oeste no terceiro ciclo que teve um crescimento de apenas 396 equipes do segundo para o terceiro ciclo.

Tabela 1. Distribuição das equipes (eAB e eSF) e usuários participantes do PMAQ-AB, segundo ciclo e região do País. Brasil, 2020.

Ciclos	Regiões do País					
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Norte	Nordeste
Equipes						
1º Ciclo	17.202	2.919	6.570	1.109	1.045	5.559
2º Ciclo	29.778	4.509	10.100	2.241	2.160	10.768
3º Ciclo	37.350	5.473	12.346	2.637	3.058	13.836
Usuários						
1º Ciclo	46.362	7.497	16.195	3.094	3.089	16.487
3º Ciclo	62.161	8.726	17.932	4.167	4.603	26.693

Fonte: Ministério da Saúde.

A tabela 2 retrata a inserção de equipes de saúde bucal na AB, e indica que houve aumento do número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), esse aumento, no entanto não acompanhou e mesma evolução das eAB e eSF, evidenciando uma redução nessa relação com o decorrer dos ciclos do PMAQ-AB em todas as regiões. No primeiro ciclo, em nível nacional, 72,1% das eAB e eSF possuíam referência de ESB já no terceiro ciclo esta relação foi de 61,6%. As regiões Centro Oeste e Nordeste se mantiveram acima dos valores nacionais durante todo o programa com 83,4% e 85,5% no primeiro ciclo, 70,1% e 72,1% no segundo e 73,3% e 73,8% no terceiro, respectivamente. A região Sudeste foi detentora dos menores valores, não ultrapassando 60% nos três ciclos do programa.

Tabela 2. Valores absolutos e porcentagens referentes a relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes de AB e SF, segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

*P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Região	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		P valor*
	n	%	n	%	n	%	
Brasil	12.403	72,1 ^a	18.364	61,7 ^b	22.993	61,6 ^b	<0,0001
Sul	1.982	67,9 ^a	2.595	57,6 ^b	3.000	54,8 ^c	<0,0001
Sudeste	3.930	59,8 ^a	5.119	50,7 ^b	6.114	49,5 ^b	<0,0001
Centro Oeste	925	83,4 ^a	1.572	70,1 ^b	1.933	73,3 ^b	<0,0001
Norte	811	77,6 ^a	1.313	60,8 ^b	1.736	56,8 ^c	<0,0001
Nordeste	4.755	85,5 ^a	7.765	72,1 ^c	10.210	73,8 ^b	<0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

Destaque à região Nordeste, sendo a única que obteve crescimento estatisticamente considerável do segundo para o terceiro ciclo, atingindo 73,8%. As regiões Sudeste e Centro Oeste se mantiveram estatisticamente estáveis na passagem para o último ciclo, com 49,5% e 73,3% respectivamente. As regiões Sul e Norte reduziram os valores, concluindo o programa com 54,8% e 56,8% de equipes com saúde bucal. Salienta-se que a redução nos valores da relação entre equipes com saúde bucal e número total de equipes participantes do programa não significa redução na quantidade de equipes

de SB, as quais aumentaram ao longo do tempo, conforme se observa na tabela 2, mas não na mesma proporção do aumento das eAB e eSF.

O agendamento envolveu questões onde os usuários relataram sucesso no agendamento de consulta odontológica (V2), o tempo de espera por essa consulta (V3), agendamento de retornos (V4). A primeira variável abordada (V2), como mostra a tabela 3, apresentou um crescimento significativo nas frequências de respostas positivas com o decorrer do programa, em todas as regiões do País. Sendo esse acréscimo de 32,5% na região Sul, 41,9% Sudeste, 44,6% Centro Oeste, 40,9% Norte e 27,9% Nordeste. Quando observado separadamente os ciclos, o primeiro apresentou valores entre 45,6% e 66,6% e o terceiro variou entre 88,7% e 95,4%.

Tabela 3. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V2 (O senhor(a) consegue agendar atendimento com o dentista nessa unidade?), segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor*
	n	%	n	%	
Brasil	26.263	56,6 ^b	57.403	92,4 ^a	< 0,0001
Sul	4.718	62,9 ^b	8.328	95,4 ^a	< 0,0001
Sudeste	7.674	47,3 ^b	16.004	89,2 ^a	< 0,0001
Centro Oeste	1.411	45,6 ^b	3.760	90,2 ^a	< 0,0001
Norte	1.478	47,8 ^b	4.085	88,7 ^a	< 0,0001
Nordeste	10.982	66,6 ^b	25.226	94,5 ^a	< 0,0001

*P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 4, observa-se que ocorreu um aumento no tempo médio de espera pela consulta agendada (V3) em todas as regiões, exceto na região Nordeste. A região Sudeste apresentou os maiores valores dentre todas as regiões, sendo a única a ultrapassar a média nacional no primeiro e terceiro ciclo.

Tabela 4. Tempo médio de espera para consultas, em dias. Dados relativos à variável V3 (Qual o tempo de espera? (Dias)) segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo	3º Ciclo
Brasil	8,6	10,1
Sul	8,4	10,0
Sudeste	13,2	17,2
Centro Oeste	8,9	9,8
Norte	6,1	7,2
Nordeste	7,7	6,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionados sobre o agendamento de retorno (V4), durante todo o programa e em todas as regiões, as porcentagens de respostas positivas variaram entre

50% e 75%. As regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste apresentaram crescimento do primeiro para o terceiro ciclo, enquanto as regiões Sudeste e Norte se mantiveram estatisticamente estáveis (tabela 5).

Tabela 5. Valores absolutos e porcentagens referentes à variável V4 (O senhor já sai com a próxima consulta agendada até o final do tratamento?), segundo os ciclos do PMAQ-AB e região do País. Brasil, 2020.

Região	1º Ciclo		3º Ciclo		P valor*
	n	%	n	%	
Brasil	16.047	61,1 ^b	38.615	67,2 ^a	< 0,0001
Sul	3.005	63,9 ^b	5.943	71,3 ^a	< 0,0001
Sudeste	5.806	75,6 ^a	12.108	75,6 ^a	0,9973
Centro Oeste	984	69,7 ^b	2.846	75,6 ^a	< 0,0001
Norte	758	51,2 ^a	2.185	53,4 ^a	0,1460
Nordeste	5.494	50 ^b	15.533	61,5 ^a	< 0,0001

*P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

A partir dos anos 2000, percebeu-se um interesse em promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral e um incentivo para a união de saberes que alcançassem a promoção de saúde, atuação sobre os determinantes sociais, e a incorporação de práticas baseadas em evidências, em busca de mudanças efetivas e que suprissem a demanda populacional de atenção à saúde bucal (MORETTI et al., 2010).

Ressaltam-se as ações federais a partir de 2005, como o financiamento específico para atenção à saúde bucal, tanto para atenção básica quanto para a atenção especializada, fortalecendo a PNSB. Destaque ainda para o reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação de equipes de SB. Após a PNSB, os governos subsequentes acompanharam um crescimento significativo de eSB no País. Em 2006 o número de eSB era de 15.806, um aumento de 254% em relação ao ano de 2002, em 2010 totalizou 20.424 equipes com um crescimento de 35,4%, e em 2014 um aumento de 18,7% com 24.243 eSB no Brasil (CHAVES et al., 2017).

O presente estudo mostrou que apesar dos investimentos na atenção odontológica, o número de eSB não acompanhou o aumento no número de equipes de AB ou de SF inscritas no PMAQ-AB, apontando assim, no primeiro ciclo os maiores valores proporcionais. Como demonstram dados do Ministério da Saúde, ao abordar as eSF do País, a cobertura populacional com eSB vinculadas ainda seguem valores inferiores quando comparadas ao total. No Brasil, em abril de 2020, a cobertura de eSF foi de 65,3% e eSF com saúde bucal 43,36%; na região Sul 67,2% e 37,7%; Sudeste 53,5% e 28,5%;

Centro Oeste 66,1% e 50%; Norte 65,3% e 42,8% e Nordeste 82,4% e 68,4% (BRASIL, 2021).

Acredita-se que a cobertura populacional de eSB possa ter relação com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (CELESTE et al., 2011). É possível afirmar que existe uma maior cobertura de saúde bucal onde a ESF tem maior vigência, justificando assim algumas diferenças regionais, como os maiores valores encontrados na região Nordeste e os menores no Sudeste do País.

Estudos destacam que apesar do crescimento na cobertura, ainda existe um reflexo de desigualdade entre as regiões brasileiras. Apontam que eSB modalidade II (composta por um cirurgião dentista, um técnico em saúde bucal e um técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal) são mais presentes em municípios com melhores condições sanitárias e mais desenvolvidos, com IDH muito alto. Ainda segundo os autores dentre todas as regiões, a Sudeste apresentou o maior índice (15%), enquanto as regiões Nordeste e Norte 4% e 8% respectivamente. As equipes de saúde bucal tipo I (composta por cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal), são predominantes em todas as regiões, em maiores valores no Nordeste 90% e Norte 84%. A modalidade I também se faz mais presente em município com IDH muito baixo e baixo (86% e 89%) (MARTINS et al., 2017).

Houve um aumento considerável de cobertura populacional pela ESF em todo o País, porém a descentralização na gestão permitiu grande variação na qualidade da atenção. Sendo assim, a maior disponibilidade de serviços não resulta obrigatoriamente em uma melhoria significativa que garanta a cobertura universal e equitativa. A grande extensão territorial, variantes culturais, geográficas e socioeconômicas fazem do Brasil um país com muitas diferenças regionais. As diferentes características refletem na forma de organização e gestão dos sistemas de cada região, conseqüentemente no acesso e na assistência à saúde bucal. A universalização do acesso depende de um contexto locorregional e engloba todas as características sociodemográficas (FONSECA, 2017).

As regiões Nordeste e Centro Oeste se destacaram em relação ao crescimento da cobertura de equipes odontológicas, sendo as únicas a ultrapassarem os valores nacionais durante todo o decorrer do PMAQ-AB (2011-2018). As duas regiões já possuíam destaque no ano de início do programa onde, ao analisar os indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde para 2010 e 2011, o qual estabeleceu uma meta de 40% de cobertura

populacional por equipes de saúde bucal, somente essas duas atingiram a meta (PINHO et al., 2015).

Evidencia-se a região Nordeste, detentora dos maiores valores de eSB no início do PMAQ-AB e crescimento no último ciclo. A elevada atenção à saúde bucal pelo SUS verificada na região, pode ser explicado, em parte, pelo pioneirismo e intensa presença do ESF, o qual passou a incorporar a eSB em 2000. Observou-se que o número de eSB variou entre as regiões brasileiras, e ressalta-se que a quantidade de municípios, número de unidades de ESF, de usuários e profissionais disponíveis para cada região é diferente (COSTA et al., 2018a). Sendo o Nordeste, a região com a segunda maior população, terceiro maior território, além das condições socioeconômicas que sugerem a necessidade de uma cobertura maior de serviços disponíveis à população (SILVA et al., 2014).

Estudos indicaram ainda que o acesso aos serviços odontológicos está relacionado a fatores socioeconômicos, demográficos, individuais e a capacidade de pagar pelo serviço, e não apenas a oferta em si. A preferência pelo uso dos planos privados pode influenciar na redução da cobertura de eSB percebida nas regiões Sudeste e Sul. A região Sudeste exibe a menor proporção de cobertura dentre as regiões, em contrapartida a maior proporção de beneficiários de planos de saúde, incluindo aqueles exclusivamente odontológicos. A região Sul apresenta também grande parte da população coberta por plano de saúde privados, sugerindo relação com a redução na cobertura de eSB e um menor número de usuários dependentes (COSTA et al., 2018a).

A distribuição dos cirurgiões dentistas entre os setores público e privado, pode sugerir uma maior oferta e procura da população. A proporção entre cirurgiões dentistas e a população de cada região, mostrou uma quantidade maior de profissionais nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul (1/519, 1/488 e 1/541) e menor no Nordeste e Norte (1/1.060 e 1/948) (FIGUEIRÊDO JÚNIOR; UCHÔA; PEREIRA, 2019). Entretanto estudo demonstrou que 48% dos dentistas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde) estão atuando no SUS, nas regiões Norte e Nordeste a maioria dos profissionais possui vínculo com o setor público (61% e 67% respectivamente). Nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul prevalece a associação ao setor privado (GABRIEL et al., 2020).

O maior uso dos serviços públicos pela população mais vulnerável pode indicar uma tendência à equidade. O sistema tem diminuído as desigualdades de acesso aos serviços, porém ainda distante do ideal igualitário. As necessidades assistenciais diferentes entre as regiões podem ser reflexo das disparidades de cobertura populacional.

A pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasil (SB BRASIL 2010) mostrou a região Norte com o maior índice de dentes cariados na faixa dos 12 anos, 35 a 44 anos e entre 65 e 74 anos. Nos resultados encontrados a região apresentou redução nas proporções de eSB que participaram dos ciclos do PMAQ-AB, de 77,6% no primeiro ciclo para 56,8% no terceiro.

Embora a descentralização imponha uma responsabilização da gestão local, o financiamento federal é um importante indutor de avanços e garantias do direito à saúde. As políticas de saúde do governo federal, para a região Norte especificamente, sofrem de baixa institucionalidade, descontinuidade e negligência. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e perduram ainda as dificuldades de gestão na esfera municipal. Associam-se ainda à baixa renda, dispersão populacional e dificuldades geográficas típicas da região, resultando em dificuldades de acesso que penalizam a população dependente. Um combinado de fatores que implicam diretamente na oferta insuficiente de toda a rede de AB (GARNELO; SOUSA; DA SILVA, 2017).

A ESF se posiciona como eixo central no processo de reestruturação do sistema de saúde. São propostas mudanças no modelo assistencial da AB para ESF, onde as práticas devem ser orientadas e organizadas considerando os determinantes sociais, o indivíduo no seu contexto familiar e comunidade, além das influências socioculturais (FERTONANI et al., 2015). Incluídas nesse contexto estão práticas como a educação em saúde, visita domiciliar, humanização do cuidado e educação permanente em saúde fortalecem os princípios difundidos pela ESF, e a integração da atenção odontológica (FUSCO et al., 2023).

O presente estudo mostrou crescimento na realização de agendamentos de consultas odontológicas em todas as regiões do País. A mudança no modelo assistencial proposta pela ESF, valida o crescimento da oferta e utilização dos atendimentos agendados. Reflexo da reorganização do sistema, com o abandono gradativo do sistema de livre demanda com fichas e filas de espera, passando a estruturação de agendas com horários definidos de acordo com grupos prioritários e classificação de risco (ROSA; LABATE, 2005).

O MS prevê que as agendas de atendimento individual sejam divididas entre atendimento à demanda espontânea e atendimento à demanda programada. O bom andamento da AB deve equilibrar as duas demandas de forma a garantir o acesso e a continuidade do tratamento. Estudo realizado em 2016 relacionou o aumento do indicador

de primeira consulta odontológica programática com o crescimento do acesso aos serviços odontológicos (MELO et al., 2016). Na atenção à saúde bucal o acesso pode ser medido pela primeira consulta, mas é necessário considerar a conclusão do tratamento. É preciso garantir a adesão aos tratamentos programáticos, busca ativa de faltosos, agendamento de retornos, lembrete aos usuários das consultas agendadas e oferecer referências especializadas capazes de garantir a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados (THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015).

Os resultados encontrados acerca do agendamento de retornos apresentaram avanços nas regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste, porém em proporções menores que o agendamento de consultas. O fato observado pode refletir as dificuldades ainda presentes na concretização do modelo assistencial da ESF.

Um dos pontos propostos pela estratégia que busca garantir o acesso e a continuidade do tratamento é a criação do vínculo. Uma tecnologia leve e relacional, que contribui para mudança do modelo centrado na doença, o vínculo passa a valorizar a longitudinalidade do cuidado. Contribui para a criação de uma relação interpessoal entre profissional e usuário, ampliando o processo de corresponsabilização com potencial terapêutico. O estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário evita que o tratamento biomédico seja o centro, cria-se uma relação de cuidado contínuo e não apenas momentâneo (PINHEIRO; DE OLIVEIRA, 2011). Pode-se assim explicar uma maior existência de agendamento de primeira consulta e procura por atendimento pontuais impulsionados pelo querer do paciente, quando comparado aos retornos até a conclusão do tratamento.

As mudanças do modelo assistencial com a disposição de agendas, tem potencial para melhorar o acesso à AB e a organização das demandas espontâneas e programadas. As contribuições favorecem tanto o usuário quanto o profissional, e dependem diretamente da postura e entendimento de ambos. Para rompimento da cultura de atendimentos puramente curativos e o crescimento da busca por atendimentos agendados e contínuos no tratamento deverá ocorrer de forma lenta e gradativa, levando tempo para se consolidar (VIDAL et al., 2019).

As regiões Sudeste e Norte não apresentaram nenhum avanço em relação ao agendamento de retornos durante os ciclos do PMAQ-AB. A região Sudeste possui a menor cobertura e ESF dentre todas, isso pode estar associado a persistência do modelo assistencial por livre demanda, sem a implantação de agendamentos (BRASIL, 2021).

Algumas peculiaridades da região Norte justificam a existência de obstáculos para as mudanças no modelo. Com destaque para as características geográficas, em que grande parte da população é rural e ribeirinha, os empecilhos no deslocamento e a oferta de atendimento são fatores que influenciam em possíveis insuficiências e falhas no cuidado, favorecendo os atendimentos emergenciais e por livre demanda (GARNELO et al., 2018).

Tendo em vista a realização de consultas agendadas e não a procura por atendimento de livre demanda, a existência ainda de uma demanda reprimida para os atendimentos odontológico pode refletir no tempo de espera pela consulta agendada. Todas as regiões apresentaram crescimento do tempo de espera pelas consultas, com destaque para a região Sudeste como a única a ultrapassar a média nacional.

O longo tempo de espera pelas consultas é um indicador da falta de acesso aos serviços, principalmente entre os usuários de menor condição financeira. É um fator essencial que influencia na continuidade do cuidado, manutenção de saúde, prevenção de agravos e complicações. Os profissionais de saúde podem considerar plausível o tempo de espera pelo atendimento, uma vez que estão vendo pela perspectiva da oferta do serviço. Para os usuários, porém, a espera pode estar relacionada a fatores mais subjetivos atribuídos à sua experiência de sofrimento. Existem apontamentos internacionais que relacionam a crise econômica nas últimas décadas como um fator que implicou no aumento de barreiras de acesso do usuário aos sistemas de saúde. Esse fato pode refletir no crescimento das filas e no tempo de espera para consultas e atendimento (BARROS; SÁ, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstraram avanços nos serviços odontológicos na AB, porém sem superar por completo as características históricas do modelo assistencial. Em um País com grandes extensões e variações culturais e políticas, o acesso à saúde bucal reflete as desigualdades socioeconômicas das regiões, é diretamente afetado pelo processo de trabalho das equipes apresentando melhores resultados onde a ESF é adotada. Os resultados colaboram para o caminho à equidade na AB, fortalecimento do SUS e da ESF.

As regiões Nordeste e Centro Oeste apresentaram uma cobertura populacional crescente, porém sem indicar necessariamente um maior acesso à atenção. A características peculiares da região Norte podem ser vistas como fatores que dificultam o

acesso e continuidade do tratamento. As regiões Sudeste e Sul possuem uma elevada cobertura de planos privados, sugerindo maior procura por esse tipo de atendimento.

O estudo apresentou limitações por se tratar de dados secundários quantitativos que podem desconsiderar características específicas e detalhadas, mas permitem que sejam percebidas as diferenças regionais e mudanças como foi o proposto no início do estudo. Estudos futuros que abordem a assistência odontológica na AB de forma qualitativa e podem aprofundar os resultados e maiores detalhes de cada região.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. M.; SÁ, M. DE C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473–2482, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Painéis de indicadores. Atenção primária à saúde. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 de jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 de jun. 2020.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 19 de jun. 2020.

CELESTE, R. K. et al. Séries de procedimentos odontológicos realizadas nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007 Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4523–4532, 2011.

CELESTE, R. K.; OLIVEIRA, S. C.; JUNGES, R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1–14, 2019.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

COSTA, R. C. et al. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 212, 2018a.

COSTA, S. M.; et al. Socioeconomic Factors and Caries in People between 19 and 60 Years of Age: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 8, ago. 2018b.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIRÊDO JÚNIOR, E. C.; UCHÔA, N. C.; PEREIRA, J. V. Análise e caracterização do panorama da distribuição de Cirurgiões-Dentistas no Brasil. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 2, p. 63–67, 2019.

FONSECA, E. P. DA. Comparação entre o uso de serviço odontológico público e privado por adultos do estado de São Paulo, Brasil. **Conexão Ciência (Online)**, v. 12, n. 2, p. 54–63, 2017.

FUSCO, L.A. et al. Práticas adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: uma revisão da literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v.27, n.1, p.666-683, 2023.

GABRIEL, M. et al. Admission of dentist in Brazilian universal health system (SUS): A priority agenda for the strengthening of smiling Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 859–868, 2020.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; DA SILVA, C. D. O. Health regionalization in Amazonas: Progress and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, 2017.

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.

MELO, L. M. L. L. DE et al. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal TT - The construction of a shared management schedule to reorganise the oral health demand. **Rev. Ciênc. Plur**, v. 2, n. 1, p. 42–55, 2016.

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

PINHEIRO, P. M.; DE OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 36, p. 187–198, 2011.

PINHO, J. R. O. et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, v. 69, n. 1, p. 80–95, 2015.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: Uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 273–284, 2015.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

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

SCHWENDICKE, F. et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. **Journal of dental research**, v. 94, n. 1, p. 10–18, jan. 2015.

SILVA, C. S. DE O. et al. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407–4415, 2014.

THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D. DE; COSTA, J. S. D. DA. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 545–550, 2015.

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 1, p. 38–53, 2019.