Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Catarina Busch Loivos

O ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS COM DESTAQUE PARA O CASO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro
2019

Ana Catarina Busch Loivos

O ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS COM DESTAQUE PARA O CASO DO RIO DE JANEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Elizabeth Artmann

Rio de Janeiro

2019

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L835a Loivos, Ana Catarina Busch.
O acesso à saúde bucal nas capitais brasileiras com destaque para o caso do Rio de Janeiro / Ana Catarina Busch Loivos. -- 2019.
171 f. : il. color. ; graf. ; mapas. ; tab.

Orientadora: Elizabeth Artmann.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Saúde Bucal. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Planejamento em Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Ética em Pesquisa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.601098153

Ana Catarina Busch Loivos

O ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS COM DESTAQUE PARA O CASO DO RIO DE JANEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em:09 de setembro de 2019

Banca Examinadora

Prof. .Dr, Francisco Javier Uribe Rivera

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.ª Drª, Eduarda Angela Pessoa Cesse

Fundação Oswaldo Cruz- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Prof.ª Drª, Henny Luz Heredia-Martinez

Instituto de Altos Estudos "Dr. Arnoldo Gabaldon "-Venezuela

Prof.ª Drª, Sonia Groisman

Universidade Federal do Rio de janeiro. Departamento de Odontologia Social

Profª Drª, Elizabeth Artmann

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2 019

RESUMO

No Brasil, a universalização do acesso constitui um dos principais desafios da gestão dos sistemas locais de saúde. A implantação do Programa “Brasil Sorridente”, apesar de ter trazido avanços das políticas de Saúde Bucal, muitas dificuldades para a garantia do acesso aos serviços ainda devem ser enfrentadas. O objetivo desta tese foi analisar os principais fatores que constrangem e potencializam o acesso às ações e serviços de saúde bucal, no SUS. Foi realizada uma pesquisa analítica quanti-qualitativa sobre o acesso em saúde bucal ancorada na categoria de acesso de Thiede et al (2014) aplicando as três dimensões: disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade. A primeira etapa da pesquisa explorou as caraterísticas do acesso no Brasil, regiões geográficas e capitais, a partir de dados secundários da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB,2013. Na segunda etapa foi realizado um estudo de caso na atenção primária de município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com gestores, dentistas e usuários. Os resultados das entrevistas foram descritos e analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados das etapas foram apresentados e articulados às discussões à luz do referencial teórico. A análise dos dados do 2º ciclo PmaqAB, demonstrou que ainda é baixa a utilização dos serviços públicos de odontologia no país, do total de entrevistados, 65,5% não tinham realizado uma consulta com o dentista da unidade, sendo esse valor ainda maior nas regiões norte (71,2%), sudeste (73,1%) e centro-oeste (73,6%). Quanto a modalidade das equipes 78,1% eram ESB modalidade I, e apenas 10,7% modalidade II. Houve diferença na disponibilidade de consultas especializadas entre as regiões, sendo a menor oferta nas regiões centro-oeste (63,2%) norte (59,1%). Entre os resultados, a confiança se correlacionou com o grau de satisfação dos usuários e com a sensação de respeito. Os fatores que constrangem e potencializam o acesso, citados nos DSCs foram muitos, incluindo a baixa disponibilidade de dentistas, as deficiências na rede de serviços, dificuldade na organização da demanda, bem como aspectos da viabilidade financeira dos usuários e da aceitabilidade e confiança nos serviços. A análise do acesso através das dimensões deve ser utilizada no planejamento das ações que objetivam a equidades no acesso a saúde bucal nas Redes de Atenção à Saúde à saúde (RAS) .

Palavras chaves: saúde bucal; acesso a saúde; planejamento em saúde; gestão em saúde e atenção primária.

ABSTRACT

In Brazil, universal access is one of the main challenges in the management of local health systems. The implementation of the “Smiling Brazil” Program, despite having brought advances in oral health policies, many difficulties to guarantee access to services still have to be faced. The objective of this thesis was to analyze the main factors that constrain and enhance the access to actions and oral health services in the SUS. A quantitative and qualitative analytical research on oral health access anchored in the access category of Thiede et al (2014) was conducted applying the three dimensions: availability, financial viability and acceptability. The first stage of the research explored the characteristics of access in Brazil, geographic regions and capitals, based on secondary data from the PMAQ-AB 2nd Cycle External Evaluation, 2013. In the second stage, a case study t in the primary care of a city in Rio de Janeiro. Data collection was performed through interviews with managers, dentists and users. The results of the interviews were described and analyzed by the Collective Subject Discourse (CSD) method. The results of the stages were presented and articulated to the discussions in the light of the theoretical framework. The analysis of data from the 2nd cycle PmaqAB showed that the use of public dental services in the country is still low. Of the total respondentes, 65.5% still not had an appointment with the dentist of the unit, and this value is even higher in the dentists. northern (71.2%), southeast (73.1%) and midwest (73.6%) regions. As for team modality 78.1% were ESB modality I, and only 10.7% modality II. There was a diference in the availability of specialized consultations between the regions, with the lowest offer in the midwest (63.2%) north (59.1%). Among the results, trust correlated with the degree of satisfaction of users and the sense of respect. Factors that constrain and enhance access, cited in the CSDs, were many, including low availability of dentists, deficiencies in the service network, difficulty in organizing demand, as well as aspects of users' financial viability and of acceptability and trust in services. The analysis of access through dimensions should be used in the planning of actions aimed at equities in access to oral health in Health Care Networks (RAS).

Keywords: oral health; access to health; health planning; health management and primary care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de Dawson.....29
Figura 2 - A mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Rede de Atenção à Saúde. 32
Figura 3 - Estrutura operacional da Rede de Saúde Bucal 34
Figura 4 – Estrutura Triangular do conceito de acesso 39
Figura 5 - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro 47
Figura 6 - Mapa de distribuição das unidades de saúde de atenção Primária da AP2,2.....50
Figura 7 - Mapa de distribuição das unidades de Atenção Básica de Saúde AP.5.3.....52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de Cobertura ESF e ESB na cidade do Rio de Janeiro em 2018 49
Tabela 2 - Sentenças que compuseram a escala de confiança. (ECD), utilizada nos roteiros estruturados aplicada nas entrevistas dos usuários. 55
Tabela 3 - Características dos usuários entrevistados no 2º ciclo do PmaqAB, no Brasil, regiões geográficas e nas capitais, 2013 63
Tabela 4 - Distribuição percentual de usuários entrevistados no PMAQ-AB o critério ter realizado consulta com os profissionais da odontologia nas unidades básicas de saúde cadastradas no programa. Brasil e Regiões Geográficas, capitais e DF 2013. 65
Tabela 5 - Disponibilidade dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde segundo as ESB entrevistadas no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, regiões geográficas, capitais e DF 66
Tabela 6 - Disponibilidade de consultas especializadas em saúde bucal segundo as ESBs entrevistadas no 2ºciclo do PmaqAB, no Brasil, Regiões Geográficas, capitais e DF, 2013...68
Tabela 7 - Viabilidade financeira dos usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013 70
Tabela 8 - Aceitabilidade segundo os usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013 71
Tabela 9 - Aceitabilidade, respeito e satisfação segundo os usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013 72
Tabela 10- Características demográfica e socioeconômicas dos usuários entrevistados nas AP22 e AP5.3 no município do Rio de Janeiro, 2019**.** 73
Tabela 11 - Disponibilidade dos serviços de atenção básica, segundo os usuários das AP2.2 e AP5.3, do município do Rio de Janeiro, 2019 74
Tabela 12 - Viabilidade financeira segundo os usuários entrevistados nas AP2.2 e na AP5.3, no município do Rio de Janeiro, 2019 75
Tabela 13 - Aceitabilidade dos serviços de atenção básica, segundo os usuários das AP2.2 e AP5.3, do município do Rio de Janeiro, 2019 76
Tabela 14 - Comparação das médias dos valores das sentenças da ECD aplicada na entrevista com os usuários da AP2.2 e AP5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2019. 76

Tabela 15 – Correlação entre as sentenças da ESD aplicada na entrevista com os usuários da AP2.2 e AP5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2019. 77
Tabela 16 - *Odds Ratio* (95% IC) para chance de menor confiabilidade no dentista, de acordo com a Área Programática 78
Tabela 17 - Características dos dentistas das unidades de atenção básica das AP2.2 e AP5.3, no município do Rio de Janeiro, 2019 78
Tabela 18 - Disponibilidade das unidades de atenção básica segundo dentistas das AP2.2 e AP5.3, município do Rio de Janeiro, 2019 79
Tabela 19 - Aceitabilidade das unidades de atenção básica, segundo dentistas das AP2.2 e AP5.3 no município do Rio de Janeiro, 2019. 80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais fatos políticos produzidos no âmbito de saúde bucal nos governos FHC (1995-2002), Lula I (2003-2006), Lula II (2007-2010) e Dilma I (2011-2014) quanto ao financiamento, gestão e modelo de atenção. 26
Quadro 2 - Elementos básicos da Rede de Atenção à Saúde e elementos necessários para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal. 36
Quadro 3 - Questões aplicadas nos roteiros estruturados, aplicados na entrevista com os usuários, segundo as dimensões acesso. 54
Quadro 4 - Questões aplicadas nos roteiros estruturados, aplicados na entrevista com os dentistas, segundo as dimensões acesso. 56
Quadro 5 - Discursos relacionados a questão: Você realiza visita domiciliar (VD)? A visita domiciliar se destina a algum grupo de usuário específico? Qual (is)? 81
Quadro 6 - Discursos relacionados a questão: O que tem ocorrido com à demanda espontânea (aumentou, diminuiu, ou permaneceu a mesma ? Por quê? 82
Quadro 7 - Discursos relacionados a questão: Quais as principais barreiras a serem enfrentadas para a melhoria do acesso a saúde bucal? 82
Quadro 8 - Discursos relacionados a questão: Como você percebe o acesso a saúde bucal dos usuários na APS? Quais as facilidades e dificuldades? 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ANS	Agência Nacional de Saúde
AP	Área de planejamento
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CD	Cirurgião-Dentista
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico Social da Universidade Central da Venezuela
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CTA-VSB	Comitê Técnico Assessor Vigilância em Saúde Bucal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressões Chaves
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipes de Saúde bucal
ESF	Equipes de Saúde da família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Ideias centrais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IDS	Índice de Desenvolvimento Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde de Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor Regionalizado
PLOA	Projeto de lei orçamentária
PMAQ	Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa de Amostra de Domicílios
PNCCSF	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com uso de Selantes e Flúor
PRECAD	Programa de Prevenção a Cárie Dental
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PNH	Política Nacional de humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
ODM	Objetivos Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UOM	Unidade Odontológica Móvel

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
1.1 Objetivos 19
1.1.1 Objetivo geral 19
1.2.2 Objetivos específicos 19
2 MARCO TEÓRICO 20
2.1 A Política Nacional de Saúde Bucal no período pós-constituinte 20
2.2 Redes Integradas de Serviços de Saúde. 28
2.3 Rede de Saúde Bucal 33
2.4 O acesso aos serviços de saúde e suas dimensões. 37
3 DESENHO METODOLÓGICO 42
3.1 Pressupostos 42
3.2 Questões norteadoras do estudo 42
3.3 Desenho da pesquisa 42
3.4 Primeira etapa da pesquisa: As diferenças regionais e entre capitais no acesso à Saúde bucal. 43
3.4.1 Instrumento para coleta de dados da avalição externa para Equipes de Saúde Bucal (ESB) 43
3.4.2 Base de dados do PMAQAB 2º ciclo 44
3.4.3 Metodologia 44
3.4.3.1 Critério de inclusão 46
3.4.3.2 Critérios de exclusão 46
3.5 Segunda etapa da pesquisa: explorando as diferentes dimensões do acesso no município do Rio de Janeiro 46
3.5.1 Local da pesquisa 46
3.5.1.1 Área de planejamento (AP) 2.2 49
3.5.1.2 Área de planejamento (AP) 5.3 50
3.5.1.3 Entrada em campo 52
3.5.1.4 Entrevistados 53
3.5 Considerações éticas 53
3.6 Análise dos questionários estruturados 54
3.6.1 Entrevista com os Usuários 54
3.6.2 Entrevista com os profissionais dentistas. 56

3.6.3 Entrevistas com os gestores 56
3.6.4 Análise das entrevistas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo 57
4 RESULTADOS 59
4.1 Resultados da primeira etapa: as diferenças regionais e entre capitais no acesso a Saúde Bucal 59
4.2 Resultados da segunda etapa: explorando as diferentes dimensões do acesso no município do Rio de Janeiro 73
4.2.1 Resultados dos roteiros estruturados usuários 73
4.2.2 Resultados dos roteiros estruturados dentistas 78
4.2.3 Resultados dos roteiros semiestruturados dentistas e gestores 81
4.2.1 Discurso do sujeito coletivo elaborado partir das entrevistas com os profissionais dentistas 81
4.2.2 Discursos do sujeito coletivo construídos a partir das entrevistas com os gestores 84
5 DISCUSSÃO 87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 104
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS 105
ANEXO A -MODULO V DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013 116
ANEXO B- MODULO VI DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013 126
ANEXO C- MODULO III DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013 138
ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP/FIOCRUZ 144
ANEXO E- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS/RIO 146
ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA AP 5.3 148
ANEXO G -CARTA DE ANUÊNCIA AP 2.2 149
APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO GESTORES 151
APENDICE B - QUESTIONÁRIO DENTISTAS 152
APÊNDICE C Questionário dos usuários 157
APENDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DENTISTAS 164
APENDICE E -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES 166

APENDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS 169

1 INTRODUÇÃO

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde em vários países (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). A partir da experiência com agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), vigente entre 2000 e 2015, o Brasil tem canalizando esforços em torno da agenda global 2030 pela saúde dos povos (CATANANTE et al., 2017).

A agenda 2030 tem como foco as áreas social, econômica e ambiental, nela constam os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e suas 169 metas. Os ODS propõem metas integradas que abordam a promoção da saúde e bem-estar, como essenciais ao fomento das capacidades humanas. Além de sustentar os avanços conseguidos e proteger investimentos realizados no contexto dos ODM, a presença da saúde na nova agenda pós-2015 tem como principal desafio, terceiro ODS, mais especificamente a meta 3.8: atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (ONU, 2015).

Os custos diretos do tratamento devido a doenças bucais em todo o mundo foram estimados em US$ 298 bilhões anuais, correspondendo a uma média de 4,6% dos gastos globais com saúde. Os custos indiretos (faltas ao trabalho/escola, perda de produtividade) somaram US$ 144 bilhões anuais. Os resultados sugerem que o impacto econômico global totalizou US$ 442 bilhões em 2010. (LISTL et al., 2015).

No contexto brasileiro, a universalização do acesso constitui um dos principais desafios da gestão dos sistemas locais de saúde enfrentados para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), como modelo de política pública (BRASIL, 1988). Durante muitos anos, a Saúde Bucal pública esteve presente no mesmo campo de lutas do SUS. Porém, nem sempre ocupou um papel relevante na formulação das políticas de saúde e na agenda nacional (MOYSÉS; GOES, 2012). O modelo de assistência odontológica que predominou até a constituição de 1988 foi caracterizado pela prática privada, através do desembolso direto e pelo seguro social para trabalhadores privados urbanos. No âmbito da assistência pública essa oferta se restringia ao atendimento a escolares da rede pública e a urgência e emergência, em hospitais públicos (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Nos anos 80, as primeiras reações políticas a esse modelo foram pautadas, nas VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que evidenciaram em seus textos a fragilidade da Saúde Bucal, no Brasil. Posteriormente, esta agenda se desdobrou em três Conferências

Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), nos anos de 1986, 1993 e 2004 (OPAS/OMS, 2006) . A VII CNS, realizada em Brasília, em 1980, abriu espaço para inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando que o modelo de odontologia até então proposto era:

> [...] ineficaz, ineficiente, descoordenado, com má distribuição, de baixa cobertura e alta complexidade, voltado a um enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e inadequado no preparo de recursos humanos.
> (MINISTERIO DA SAÚDE, 1980, p. 176)

Após anos de debate, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”. Suas diretrizes apontavam para necessidade de reorganização da Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, através da ampliação do acesso. As principais linhas de ação foram: a reorganização da Atenção Básica (AB) por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004a).

Com “Brasil Sorridente”, além da expansão dos serviços odontológicos, foi proposto a reorientação do modelo assistencial, e a implantação de uma rede de cuidados progressivos com ênfase nos determinantes estruturais da saúde. Definiu as ações preventivas coletivas, principalmente a fluoretação das águas de abastecimento, e intervenções intersetoriais de promoção da saúde. (BRASIL, 2018) Em 2018 somavam-se 26712 ESB, 1100 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e 1840 LRPD, em todo Brasil. (CHAVES et al., 2018a)

Porém, fortalecimento da odontologia como política de saúde pública, acessível à maioria dos brasileiros que dela depende, ainda permanece um grande desafio (GARBIN et al., 2013). Na concepção de Whitehead (1992) a equidade nos sistemas de saúde significa a igualdade nos serviços disponíveis para todos os indivíduos e grupos, uma distribuição justa de recursos em todo o país, com base nas necessidades de saúde, com e ampliação do acesso em todas as divisões geográficas, bem como a remoção de outras barreiras de acesso (WHITEHEAD, 1992)

Embora existam desafios próprios de uma política em construção, foram muitos os avanços promovidos pela PNSB, principalmente em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços de Saúde Bucal, no país. (BRASIL, 2018)

Comparativamente, resultados das Pesquisas Nacionais de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008, demonstram que houve melhora no acesso a Saúde Bucal, uma vez que mais de 17,5 milhões de brasileiros passaram a frequentar o dentista. (IBGE, 2008) Considerando que houve crescimento demográfico nos cinco anos que separam as duas PNAD,

os dados revelam que uma parcela expressiva dos brasileiros passou a ter acesso ao dentista, principalmente em regiões historicamente menos cobertas como o norte, nordeste e centro-oeste (MOYSES, 2012).

Do mesmo modo mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais foram evidenciadas no Levantamento Nacional de Saúde Bucal -SB Brasil 2010. Seus resultados demostraram que o Brasil passou a pertencer ao grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária (SBBrasil, 2014). Embora esses resultados sejam satisfatórios, nacionalmente, chama a atenção as marcantes diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie dentária, o que indica necessidade de políticas voltadas para equidade na atenção. Esse fato foi corroborado por diversas pesquisas, que identificaram que essa redução tem sido acompanhada por um fenômeno de "polarização da doença" em grupos socioeconomicamente menos privilegiados (NARVAI et al., 2006; PERES et al., 2008; COSTA et al., 2016)

Contudo, as iniquidades em saúde bucal ainda precisam ser enfrentadas, dado que no Brasil, pesquisas comprovam que os serviços privados e conveniados ainda respondem pela maior parte da assistência odontológica aos brasileiros (PIETROBON et al., 2008; FINKLER et al., 2009; PEREIRA et al., 2010; MORAES et al., 2019). Garcia (2015) demonstrou que os gastos com tratamento dentário das famílias das regiões metropolitanas brasileiras ocuparam o terceiro lugar do total com saúde, nos três anos da Pesquisa de Orçamentos Familiares. Segundo dados do caderno de informação da Agência Nacional de Saúde (ANS), o número de beneficiários de planos de saúde, no primeiro trimestre de 2017, era de 47,6 milhões de vínculos de planos privados de assistência médica, e 22,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2017).

Apesar os avanços das políticas de Saúde Bucal, após a implantação do Programa "Brasil Sorridente" projetam-se muitas dificuldades para se manter a Saúde Bucal na agenda das políticas públicas, nos próximos ano. Dificuldades, essas, elencadas, principalmente, pela insuficiência de recursos disponíveis, e pela histórica desigualdade no acesso aos serviços (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011; SOARES; CHAVES, 2013). Considera-se que a incorporação de outras dimensões, ancorada na categoria de acesso de Thiede et al (2014) pode contribuir para o reconhecimento dos problemas estruturais que determinam as iniquidades de acesso a saúde bucal no SUS.

Nesta tese foram analisados os principais fatores que constrangem e potencializam o acesso às ações e serviços de Saúde Bucal com base nessas dimensões e nos discursos dos principais atores envolvidos no cuidado.

O referencial teórico utilizado é apresentado no primeiro capítulo, dividido em três

seções: A Política Nacional de Saúde Bucal, no período pós-Constituinte; O acesso aos serviços de saúde: definições e dimensões; As Redes de Atenção à Saúde e a reorganização dos serviços de saúde bucal no SUS. Na sequência são apresentados o desenho metodológico da pesquisa, os resultados e a discussão dos achados. Nas considerações finais, destacamos as principais conclusões do trabalho e apontamos questões indicam novas possibilidades de investigação.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os principais fatores que constrangem e potencializam o acesso às ações e serviços de saúde bucal, no SUS.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Explorar características da oferta de saúde bucal no Brasil, regiões, capitais e Distrito Federal
2. Identificar os fatores que constrangem e potencializam o acesso à saúde bucal, a partir de sua relação com as três dimensões do conceito de acesso, disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade de Thiede et al (2014).
3. Conhecer a percepção dos gestores, dentistas e usuário quanto as principais barreiras no acesso à saúde bucal no município do Rio de Janeiro.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A Política Nacional de Saúde Bucal no período pós-constituinte

Após a constituição de 1988, a implementação das políticas de Saúde Bucal reproduzia os desafios semelhante ao da saúde geral. Assim, institucionalizou-se na mesma lógica dos objetivos derivados do Sistema Nacional de Saúde, centrado nas ações curativas e no privilégio do setor privado, mantendo uma participação relativamente maior do exercício liberal da odontologia (MENDES, 1986).

A inserção da Saúde Bucal, no SUS, foi marcada por conflitos e contradições, desde a criação do sistema, pelos constituintes de 1988. (COSTA; CHAGAS; ROSA, 2006). Apesar da 1ª Conferência de Saúde Bucal propor claramente a "inserção da saúde bucal no sistema único de saúde", por meio do Programa Nacional de Saúde Bucal, os governos que se sucederam não acataram essa deliberação (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A resposta do governo federal, aos conflitos daquele período, foi a criação do Departamento de Odontologia do INAMPS e a implementação do /Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com uso de Selantes e Flúor- PNCCSF (MANFREDINI, 2009). Apesar do contexto reivindicar a descentralização e a municipalização, essas ações eram centralizadas e verticais. Seguindo a mesma lógica, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 1989, a Política Nacional de Saúde Bucal e o Programa de Prevenção a Cárie Dental (PRECAD), ambos definidos em absoluta contraposição à unificação e descentralização do sistema de saúde, isso é, contrários aos preceitos da constituinte. (NARVAI; FRAZÃO, 2008)

A eleição direta do presidente Fernando Collor de Mello, em 1989, pôs fim aos programas nacionais de saúde bucal (PNCCSF e PRECAD), formulados na gestão anterior. O novo governo definiu a política de saúde no documento intitulado "Plano Quinquenal de Saúde - 1990-1995 - A Saúde do Brasil Novo", que não explicitou uma política nacional especifica para a área. Durante esse período, a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O INAMPS foi extinto, porém a lógica de financiamento da rede de unidades de saúde, um sistema de transferência, foi mantida. Assim, estados e municípios passaram a ser considerados, pelo governo neoliberal da época, prestadores estatais. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

Esse modelo de atenção valorizava a quantidade de procedimentos executados, gerava conflitos entre os setores público e privado, desperdiçava recursos e atendia mal a população Nesse contexto, foi aprovada a Portaria nº 184, que criou os procedimentos coletivos de Saúde

Bucal na tabela de procedimentos do SUS (NARVAI; FRAZÃO, 2008).Após o impeachment do presidente Collor, em 1992, houve significativo declínio das ações de Saúde Bucal no âmbito do Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal, no governo Itamar Franco, que persistiu até o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016). Em 1993, foi realizada a 9ª CNS, e como parte desta, também foi realizada a 2ª CNSB, que em seu relatório final descreve:

> O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. É ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação. (BRASIL, 1993, p6)

Esse relatório ressaltava a necessidade do reconhecimento da Saúde Bucal como direito de cidadania, e a necessidade de mudança do modelo de atenção vigente. Assim, a atenção primária em Saúde Bucal deveria ser realizada pela rede básica de saúde de cada município, com equipes de saúde bucal, que incluiriam cirurgião dentista, auxiliar e técnicos de saúde bucal (BRASIL, 1993)

Contrariando as propostas da 2ª CNSB, os profissionais de saúde bucal não foram reconhecidos como parte das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Os serviços de Saúde Bucal continuaram sendo priorizados para a população em idade escolar e para atendimentos de urgência nos adultos. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

No segundo mandato do presidente FHC, foi proposto um conjunto de iniciativas no âmbito da Saúde Bucal, sob a liderança do ministro José Serra. A partir do ano 2000, o termo de compromisso, pactuado entre gestores dos três níveis de governo, passou a incluir indicadores referentes às ações de odontológica na atenção básica. Também nesse ano, foram definidos repasses exclusivos para a Saúde Bucal, no SUS, com a implantação de incentivos no Piso da Atenção Básica, para que municípios desenvolvessem ações de Saúde Bucal, por meio da implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB), no PSF. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

A portaria GM/MS Nº1444/2000 estabeleceu que cada ESB deveria atender no mínimo a 6.900 habitantes e, que a proporção ente equipes era de uma ESB para duas ESF, sendo que nos municípios com menos de 6900 habitantes, a relação poderia ser de uma ESB, para uma ESF. Essa portaria também definiu os incentivos financeiro para custeio e para aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos, a serem repassados fundo a fundo para os municípios qualificados (BRASIL, 2000). No ano seguinte, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 267/2001, que definia o papel a ser desempenhado pelos profissionais da área, cabendo-lhes a responsabilidade sanitária em relação à população adstrita, com o desenvolvimento de ações

de prevenção de doenças e agravos, além de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001)

Quanto às ações de prevenção de doenças e agravos, consta que a ESB ficaria responsável pela realização de ações básicas de vigilância epidemiológica. Foi incluída no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA /SUS), a categoria de cirurgião-dentista no desenvolvimento de ações educativas em grupo sobre vigilância em saúde (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

Após a vigência da Norma Operacional Básica (NOBSUS/1996), permanecia o desafio da estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva (BRASIL, 2006a).

Com intuito de enfrentar esse problema, foram publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), com elaboração do plano Diretor de Regionalização (PDR) e definição de microrregiões que deveriam desenvolver procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de referência intermunicipal. (BRASIL, 2001) A operacionalização de serviços de referência odontológica, pelos municípios habilitados pelas NOAS, apoiou-se na discriminação dos equipamentos necessários para execução dos procedimentos, de acordo com a cobertura populacional. Esse eram avaliados, através marcadores específicos, como a cobertura de procedimentos coletivos e primeiras consultas odontológicas. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

Os debates da época chamavam a atenção para as dificuldades na implementação dos serviços de média complexidade em saúde bucal. Apesar dos avanços, as NOAS mantiveram a orientação da organização dos serviços em Saúde Bucal voltada para as faixas de 0 a 14 anos. (PIRES, 2013)

Avanços com relação a utilização de fluoreto foram pautados na 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o XVII Enatespo, além de ressaltarem a importância da vigilância sanitária na fiscalização do fluoreto nas águas de abastecimento e nas pastas de dente, propuseram a definição de normas para aplicação tópica de flúor. (NARVAI; FRAZÃO, 2008)

Nesses encontros também foi ressaltado que modelo de atenção em Saúde Bucal era inadequado, assistencialista, curativista, e que existia pouca interlocução entre usuários e dentistas Surgem então, reivindicações relativas à necessidade de participação popular mais efetiva, principalmente através de conselhos de saúde mais representativos e deliberativos (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

Um dos temas abordados no XVII Enatespo foi a normatização da inserção das ESBs no PSF, porém sem uma ampla discussão. As ressalvas relacionavam-se, principalmente, sobre questões referentes ao modelo de atenção, e às dificuldades na implantação do processo de trabalho, que poderiam representar uma ameaça à própria proposta da Saúde Bucal no âmbito

do programa. Esse evento enfatizar a retomada do Movimento de Reforma Sanitária no âmbito da odontologia, através das entidades de categoria e estudantes da área (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

No segundo mandato do governo FHC, no que se refere a programas especiais, limitados a políticas setoriais voltadas para grupos específicos, foram propostas duas políticas para populações especificas: a primeira diz respeito ao programa do presidiário, que previa o atendimento dessa população por uma equipe mínima de saúde, incluindo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, ACD, assistente social e psicólogo. Assim cada população de 500 presos teria a cobertura de uma equipe e a segunda refere-se a ações relativas à saúde bucal no programa da saúde indígena (BRASIL, 2005).

Na atenção básica, esses recursos destinavam-se ao apoio da implantação de equipes multidisciplinares, com inclusão do cirurgião-dentista. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016)

A eleição do presidente Lula, em 2002, representou importante mudança no cenário da odontologia nacional. Foram retomados os princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, o que possibilitou o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal e a instituição do "Programa Brasil Sorridente". (FRAZÃO, 2009; NARVAI; FRAZÃO, 2008)

Já em abril de 2003, o Ministério da Saúde reajustou os valores dos incentivos financeiros relativos à atenção básica, incluindo aqueles pertinentes às ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF. Posteriormente, estabeleceu-se que se poderiam instalar nos municípios quantas ESB fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, e se mantivesse em coerência com a lógica de organização da atenção básica. Seis meses após a viabilização da equiparação entre ESB e ESF, ocorreu novo reajuste dos incentivos da saúde bucal na atenção básica, e a inclusão de um procedimento no grupo das ações de atenção básica em odontologia do SIA, no subgrupo de reabilitação oral. (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016; CHAVES et al., 2017b)

Em 2003 os resultados do primeiro inquérito de saúde bucal, chamado de SB Brasil 2003, eram alarmantes. Esse estudo incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões. Os principais resultados foram: aos 12 anos, quase três dentes afetados pela cárie (CPO=2,8), e apenas 54,0% dos adultos e 10,2% dos idosos com 20 dentes na boca (BRASIL, 2004c).

Outro importante acontecimento foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em agosto de 2004, que teve como tema central: "Acesso e qualidade superando a exclusão social", debatido com base em quatro eixos temáticos: 1) Educação e construção da cidadania; 2) Controle Social, gestão participativa e saúde bucal; 3) Formação e trabalho em

saúde bucal; 4) Financiamento e organização da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

> No dia-a-dia de nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País (Brasil, 2004b p.7)

Sobre questões relativas à formação dos recursos humanos, a 3ª CNSB, em 2004, apontava o crescimento de 100% dos cursos de graduação de odontologia, em apenas uma década, totalizando 161 cursos, em sua maioria, particulares e concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país. A Conferência declarava que o sistema de ensino superior não estava cumprindo seu papel formador de recursos humanos (RH) comprometidos com o SUS e com o controle social, nem considerando as reais necessidades de Saúde Bucal da população brasileira (BRASIL, 2004b).

De forma geral, o conjunto de diretrizes apresentadas na 3ª CNSB, referentes à orientação do modelo de atenção em Saúde Bucal, encontrou consonância nas diretrizes da PNSB, em 2004. Suas diretrizes apresentavam os pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em Saúde Bucal, fundamentados nos princípios e diretrizes do SUS. Vinculava-se fortemente à ideia de estruturação de Atenção Primária resolutiva, em particular ligada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a implantação de serviços de referência especializada, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004a). Ao assumir o PSF como grande oportunidade de reorientação do processo de trabalho na Saúde Bucal, e incentivar a ampliação da oferta de serviços de diferentes densidades tecnológicas, vislumbrava a implantação de redes de cuidados progressivos em odontologia no SUS (MOYSES, 2012).

No governo Lula, dentre as políticas relativas a programas voltados para grupos específicos, que apresentaram maior correspondência com a saúde bucal, destaca-se a política para os privados de liberdade, através da reinstituição do Plano Nacional de Saúde do Sistema Presidiário, em 2003, que aumentou a cobertura de 501 a 1000 presidiários por duas equipes mínimas, com carga horária de 20 horas semanais. Houve ainda a criação do cargo de agente promotor de saúde, um por equipe, a ser ocupado por presidiário selecionado (BRASIL, 2005).

Em 2006, houve mudanças na forma de repasses de recursos para o financiamento da atenção básica, sendo incluídos como critérios a existência de desigualdades expressas nos

indicadores epidemiológicos. Assim, proporcionou-se um aumento de 50% aos incentivos do PSF e saúde bucal, nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, com população de até 50 mil habitantes, nos estados da Amazônia Legal, incluindo, também, aqueles municípios com até 30 mil habitantes, nos demais estados do país. Além disso, ele foi aplicado para os municípios com populações remanescentes de quilombos, residentes em assentamentos, com 70 ou mais pessoas (BRASIL, 2006b).

Ao final do primeiro governo Lula, 15.086 ESB foram implantadas, com cobertura de 40% da população, representando 254% de aumento, em relação ao último ano do governo FHC (2002). Em 2010, alcançou-se 20.424 ESB, com cobertura de 34% da população, 853 CEOs em funcionamento e 676 LRPD implantados (CHAVES et al., 2017a).

No segundo governo Lula, configuraram-se "novos arranjos" à política, por meio da instituição da Unidade Odontológica Móvel (UOM), a possibilidade de vínculo das ESB, e a criação de novos procedimentos a serem realizados no CEO (2010) (CHAVES et al., 2017a).

No primeiro governo Dilma (2010 a 2014), destacam-se: a articulação da Saúde Bucal com o Programa Saúde na Escola, a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e dos CEOs (PMAQ/PMAQ-CEO), a criação do Brasil Sorridente Indígena, a inclusão da Saúde Bucal no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, além da instituição do componente GraduaCEO no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, com objetivo de compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 2014, observa-se um aumento de 18,7%, com 24.243 ESB implantadas, proporcionando cobertura de 38% da população. Os CEOs chegaram ao número de 1030 unidades, no final de 2014, com aumento de 20,8% em relação a 2006. Nesse mesmo ano, o número de LRPD era de 1995, e a oferta de próteses pelo serviço público odontológico dobrou (CHAVES et al., 2017a).

Com relação à implantação, no ano de 2015 havia 24.467 ESB implantadas, com 37,8% de cobertura populacional. Em 2016, houve redução de 83 ESB (0,3%), fato inédito na série histórica, desde a implantação da PNSB. Em 2017, houve aumento de 5,8% (1.438 ESB) em relação a 2015 e de 6,23% (1.521 ESB), quando comparado a 2016. Em algumas medidas, a cobertura foi mantida nesse período, mas não resultou em expansão da oferta de serviços na AB, considerando que a cobertura populacional apresentou queda de 1% em relação ao ano de 2015 (CHAVES et al., 2018b). O quadro 1, demonstra os principais fatos políticos no âmbito da Saúde bucal ocorridos nos governos FHC (1995-2002), Lula I (2003-2006), Lula II (2007-2010) e Dilma I (2011-2014)

Quadro 1 – Principais fatos políticos produzidos no âmbito de saúde bucal nos governos FHC (1995-2002), Lula I (2003-2006), Lula II (2007-2010) e Dilma I (2011-2014) quanto ao financiamento, gestão e modelo de atenção.

Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)
Financiamento.
Criação de incentivos específicos para ESB no PSF.; Organização e infraestrutura; Orientações sobre a organização da atenção em saúde bucal (NOAS).; Definição de procedimentos de média complexidade em saúde bucal, segundo habilitação (NOAS).
Gestão.
NOB SUS 01/96 não se refere à saúde bucal. Manual da reorganização da atenção básica referindo a ações em odontologia e cria indicador em saúde bucal. Presença de consultórios odontológicos é condicional em unidades de atenção básica e mista. Inserção da ESB no PSF. Inclusão do indicador em saúde bucal no compromisso do pacto para a atenção básica. NOAS atrela o desenvolvimento de ações em saúde bucal como critério para habilitação. Presença de dentista, consultório odontológico e produção no SIA passam a ser critérios para habilitação.
Modelo de Atenção
Realização de levantamento epidemiológico em escolares de capitais brasileiras. Edição das Normas e Diretrizes da Saúde Bucal no PSF. Manual da Reorientação da Saúde Bucal na atenção básica descreve atribuições e responsabilidades dos CD, THD, ACD e ACS. Ampliação do campo de ação da ESB no PSF. Programa do Presidiário é lançado e instituído
Lula 1 (2003 a 2006)
Financiamento
Ampliação de incentivo para implantação proporcional entre ESBs e ESFs. Criação e manutenção de uma ação orçamentária específica para a saúde bucal
Gestão
Lançamento do Brasil Sorridente. Institucionalização de LRPDs. Implantação de CEOs tipo I e tipo II. Inclusão de procedimentos do THD no SIA e da categoria TPD e CD patologista bucal. Publicação da portaria que determina o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água (2004); a criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação (Comitê Técnico Assessor – Vigilância em Saúde Bucal - CTA-VSB e implantação da estratégia de vigilância

em saúde bucal dentro da PNSB); a determinação de critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEOs e LRPDs (2004)
Modelo de Atenção
Conclusão de levantamento epidemiológico em saúde bucal SB2000, em nível nacional. Diretrizes de Política Nacional com ações programáticas por linha de atenção. Aumento do incentivo em saúde bucal para municípios com baixo IDH. Definição do perfil de competências do THD e ACD. Definição de critérios para a aplicação tópica de flúor. Distribuição de kits de higiene oral
Lula II (2007-2010)
Financiamento
Portarias de reajustes de valores de custeio das ESB e das próteses dentárias (2008) e a inserção do financiamento da atenção em saúde bucal no nível hospitalar.
Gestão
Instituição do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel (UOM) (2009); a possibilidade de vínculo das ESB às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (2009); criação de novos procedimentos possíveis de serem realizados no CEO (2010). Criação da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal para assessoramento do CNS nos assuntos referentes à saúde bucal (2008) e a inserção da coordenação geral de saúde bucal na estrutura do Ministério da Saúde (2010).Foram implantados 603 novos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público entre 2003 e 2010, abrangendo 458 municípios em 11 Estados, atingindo cerca de 5,2 milhões de pessoas (SBBrasil, 2010)
Modelo de Atenção
Implantação do Programa Saúde na Escola – PSE em 2007
Dilma I (2011-2014)
Financiamento
Os recursos federais (financiamento nominal) para estados e municípios passaram de R$ 83,4 milhões em 2003 para R$ 916 milhões em 2014, com aumento de 10,9 vezes no período,
Gestão

Lançamento das Diretrizes do componente Indígena na PNSB (Brasil, 2011); Lançamento do Plano Brasil Sem miséria com a inclusão da diretriz da Saúde Bucal (Brasil, 2011). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Brasil, 2011) e o PMAQ-CEO em 2014; Aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011); Inclusão da Saúde Bucal no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2011-2014); Lançamento do "GraduaCEO" (Brasil, 2014
Modelo de atenção
PMAQ-AB e PMAQCEO foram implementados na tentativa de melhorar a qualidade do cuidado com a busca da autoavaliação das equipes e centros contratualizados. Os resultados apontam problemas na incorporação do modelo de atenção proposto inicialmente pela ESF.

Fonte: Adaptado de (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016; CHAVES et al., 2017a, 2018b)

2.2 Redes Integradas de Serviços de Saúde.

A partir do século XVII a ideia de inquéritos sanitários ganhou força, na Europa, frente a necessidade de produzir conhecimento sobre as condições topográficas e a ocorrência de doenças no processo de colonização (LIMA et al., 2012).

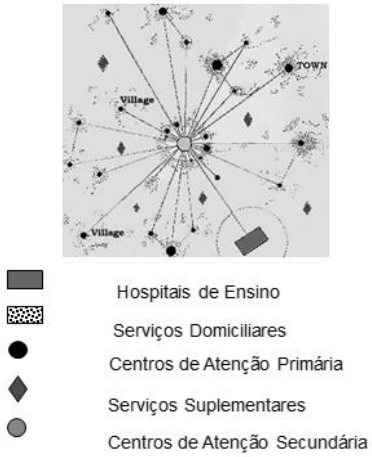
Entretanto, as preocupações quanto a utilização de critérios regionais na conformação dos sistemas de saúde permanece restrita durante esse período. O "Relatório Dawson", elaborado pelo médico britânico Bertrand Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, é considerado um trabalho pioneiro nesse sentido. Esse documento inspirou a adoração do conceito de rede regionalizada de serviços na implantação de sistemas universais de saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2011; LIMA et al., 2012).

A ideia de organização de serviços de saúde como um sistema, em um determinado território, remonta à concepção clássica do "Relatório Dawson". Esse documento surgiu da necessidade de reorganização de diversos setores do governo do Reino Unido, após a 1ª Guerra Mundial, e culminou na criação do Ministério da Reconstrução. Contrapunha-se ao "Relatório Flexner", de 1910, o qual enfatizava a excelência técnica de uma atenção individual, curativa e especializada (DAWSON, 1964).

Segundo Novaes (1990), as principais ideias centrais do Relatório de Dawson são: A organização dos serviços de saúde, por razões de eficiência e custo, deve ser feita com base nas necessidades da população; as ações preventivas e curativas não podem ser separadas, devendo ser organizadas de forma integrada e colocadas dentro da esfera de atividade dos médicos

generalistas, incluindo, além dos indivíduos, sua família e comunidade; as ações e serviços devem ser acessíveis a todas as classes da população - a unidade que desempenha as atividades do nível secundário deve ser localizada no centro do sistema; o nível de atenção mais importante é o primário, e os centros primários de saúde são à base dos serviços de saúde de uma população específica, devendo oferecer ações preventivas e curativas a cargo dos médicos generalistas e de enfermeiros, com apoio técnico de especialistas visitantes; as unidades devem ter diferentes tamanhos e níveis de complexidade, funcionando de forma integrada, com vínculos entre si para o encaminhamento dos pacientes.

Figura 1 - Diagrama de Dawson



Fonte: (RODRIGUES; SANTOS, 2011) p.51

No relatório de Dawson, já havia um importante registro sobre a importância dos serviços de odontologia, no tópico 116: "É necessário que os sistemas concebidos para o atendimento odontológico disponível para todas as classes da comunidade devam ser estreitamente coordenados como plano geral de serviços médicos curativos e preventivos e formem parte do todo. (DAWSON, 1964)

Na proposta de Dawson, observa-se a existência de uma relação intrínseca entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade, como estratégia de organização regional e hierarquização dos serviços (Figura 1). Por esta razão, surgiram algumas adaptações do Modelo de Dawson, em países que implantaram sistemas de saúde universais. Segundo Kuschnir e Chorny (2010), esse relatório serviu de base para elaboração da proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos), pela Organização Pan –Americana da Saúde (OPAS).A proposta dos Sistemas Locais de Saúde (Silos) foi desenvolvida em 1989, dando ênfase na

organização do sistema a partir do nível primário, ao qual a população teria acesso preferencial, e o acolhimento estável e permanente, sendo considerada a porta de entrada do sistema. O encaminhamento para o atendimento especializado (secundário) ou hospitalar (terciário), feito através da referência, ocorreria a partir dos médicos generalistas ou clínicos do primeiro nível de atenção (LIMA et al., 2012; NOVAES, 1990; RODRIGUES; SANTOS, 2011) Tal proposta vem sofrendo, atualmente, as adaptações necessárias, em sistemas públicos e privados, em determinados países. (MOYSES, 2013)

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico e piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade), levando ao questionamento quanto à eficiência da utilização dos recursos, o acesso, e a equidade no modelo piramidal (CECILIO, 1997; MENDES, 2011). Segundo o autor, os fluxos ascendentes e descendentes de usuários e o sistema de referência e contra referência exigem uma racionalidade que, na prática não acontece. Defende, então, a ideia de um sistema de saúde desenhado como um círculo, com múltiplas "portas de entrada" e organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, oferecendo a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. (CECILIO, 1997)

A partir da década de 1990, a proposta de organização de redes de serviços de saúde tem adquirido novos contornos. (LIMA et al., 2012) Recebeu várias denominações como: "cuidados integrados" ou "sistemas integrados". Entre as experiências tomadas como referência, nesse campo, destacam-se os sistemas integrados norte-americanos, que são arranjos derivados da vertical de provedores no mercado de prestação de serviços, e a incorporação de práticas de integração do cuidado, nas redes regionalizadas dos sistemas europeus. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010)

A origem dessas mudanças deve-se a crise contemporânea dos sistemas de saúde. Infelizmente, o SUS ainda não se configura efetivamente como um sistema integrado, ou como uma rede de ações e serviços de saúde totalmente integrados (SILVA, 2011a). As ações e serviços prestados de modo fragmentado são incapazes de responder as mudanças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, experimentadas nas últimas décadas. (MENDES, 2011)

Atualmente, a situação de saúde da população brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada, e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências essenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas (MENDES, 2011; JUNIOR,

2014). Segundo Mendes (2011), o apelo à saúde não poderá ser respondido, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. (JUNIOR, 2014)

A Organização Mundial da Saúde, através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde. Segundo esse relatório, quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. A fragmentação apresenta consequências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde (GRÖNE; GARCIA-BARBERO, 2001).

A concepção das RASs foi incorporada oficialmente ao SUS, nos últimos quatro anos, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2010)

> [....] A organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde. (BRASIL, 2010 p2)

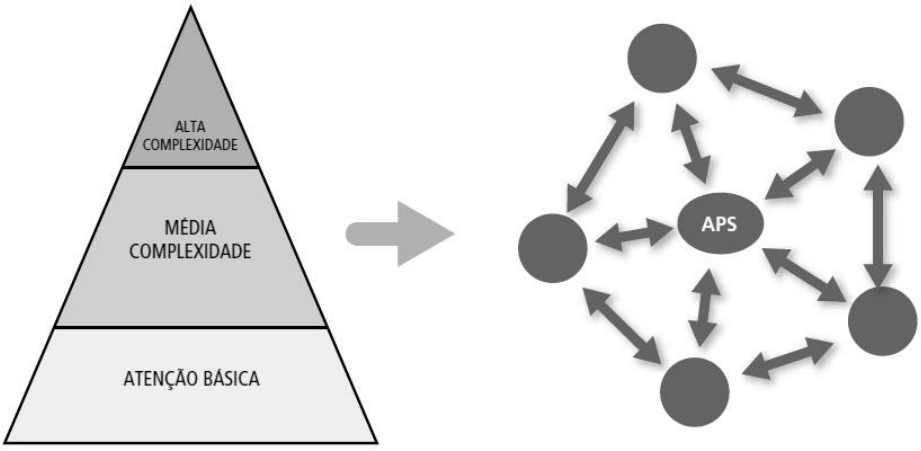
Portanto, a forma como são organizadas as redes de serviços podem facilitar ou dificultar o acesso à saúde. Compreender suas principais característica, e como funcionam, é fundamental para trabalhos como este, que buscam analisar o acesso a serviços de saúde. Mendes (2011), apresenta a implantação das redes de atenção à saúde (RAS) como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. (MENDES, 2011). As RAS podem ser caracterizadas como:

> [..] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (MENDES, 2011. p 84)

Na concepção de Mendes (2011), a Atenção Primaria em Saúde (APS) aparece como eixo coordenador das redes de serviços de saúde. Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde (Figura 2). Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção

à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio. As RASs são constituídas por três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. (MENDES, 2011)

Figura 2 - A mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: (MENDES, 2011) (p86)

A responsabilização pela população é uma característica essencial das RASs. Essas vivem em territórios sanitários singulares, organizam-se socialmente em famílias e são cadastradas e registradas em subpopulações por risco sócio sanitário. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecida. (MENDES, 2011)

A estrutura operacional das RASs é composta por cinco elementos: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. (MENDES, 2011)

Um dos elementos fundamentais das RASs consiste nos sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando de forma singular, as relações entre componentes da

rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011)

As condições de saúde são entendidas como as circunstâncias que se apresentam de forma mais ou menos persistentes na saúde das pessoas e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Portanto, o critério dessa nova tipologia não é a etiopatogenia, mas as formas como se organizam os sistemas de atenção à saúde para responder socialmente a essas condições. As condições de saúde são divididas em condições agudas e condições crônicas (MENDES, 2011).

2.3 Rede de Saúde Bucal

A PNSB tem contribuído de inúmeras formas para melhoria do acesso e da qualidade da tenção a Saúde Bucal dos brasileiros. O resultado do último levantamento epidemiológico nacional – SB Brasil 2010 – mostrou mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais: o Brasil entrou entre os países com baixa prevalência de cárie, com base no CPO-D 2,07 (BRASIL, 2018).

A estruturação de uma rede de atenção, como rede temática, surge como uma solução abrangente, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia (DE MELLO et al., 2014; BRASIL, 2018).

Com a expansão das ESB, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a implantação de CEOS, nos municípios, foram muitos os avanços e conquistas da Saúde Bucal no SUS, como: ações educativas e de educação permanente; no acolhimento, vínculo e responsabilização, a diminuição do número de municípios sem recursos de assistência odontológica; a relocação para rede básica, de consultórios antes fixados em escolas; acesso a grupos populacionais, segundo seus ciclos de vida,, características étnicas e contexto social. Além de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o financiamento programas de aplicação tópica de flúor e de escovação dental supervisionada em escolas. (NARVAI, 2011; SCHERER; SCHERER, 2015)

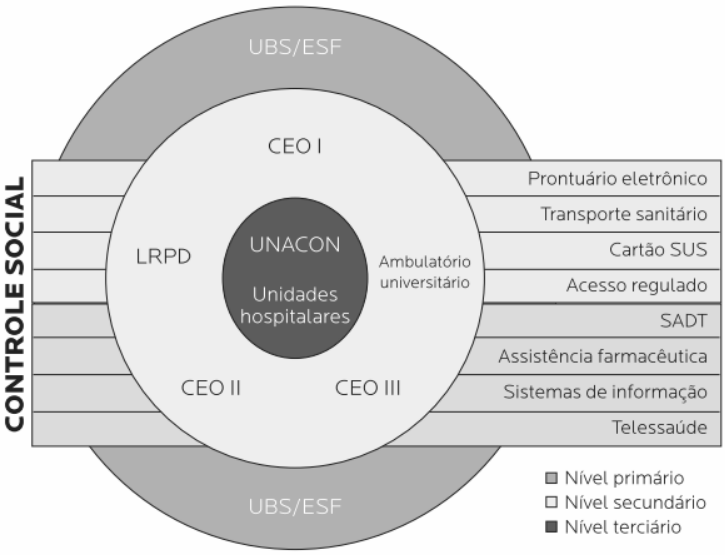
Os principais desafios estiveram relacionados à: integralidade; ampliação e qualificação do acesso; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social; e ações intersetoriais (CONTARATO, 2011; PIRES, 2013; AQUILANTE; ACIOLE, 2015; SCHERER; SCHERER, 2015).

Na atenção primária, tem-se observado uma expansão de serviços sem planejamento e sem programação das atividades. O impulso de implantar essa estratégia nos municípios, e a falta de programação têm reduzido a incorporação das ESB à presença de cirurgiões-dentistas nas equipes . Dados sobre "potencial de cobertura" são importantes, mas, por se referirem à demanda potencial e não à demanda efetiva, não esclarecem sobre o número de brasileiros que estão efetivamente tendo acesso às ações de saúde bucal e se beneficiando da PNSB (NARVAI, 2011).

Com relação à expansão da oferta da atenção especializada, no ano de 2016, o Brasil atingiu a marca de mais 1000 CEOS implantados (CHAVES et al., 2018a), mas parece que o aumento da oferta de atenção secundaria ainda precisa ser avaliado, visto que: segundo Narvai "a PNSB não pode ser reduzida a rede de CEO e sua criação só faz sentido se articulada em rede e integrada sistemicamente a outros níveis de atenção, sobretudo à atenção primária" (NARVAI 2011).

Após 14 anos do lançamento da PNSB o Ministério da Saúde divulgou a publicação: "A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)", com a proposta de atualização do Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal (2006) e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008). O documento visa colaborar com a nova forma de organização de serviços de saúde no SUS através da RASs (BRASIL, 2018).

Figura 3 - Estrutura operacional da Rede de Saúde Bucal



Fonte: (MOYSÉS, 2013)

A estruturação da proposta de uma rede de cuidados progressivos, conforme a diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, encontra-se em processo de consolidação. Segundo Mello

(2014), a funcionalidade da rede de atenção à saúde bucal em todos os seus níveis de atenção, vincula-se à assimilação de, pelo menos, três premissas: 1) à saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde e componente que influência o bem estar das pessoas; 2) a valorização da Odontologia, enquanto profissão que se preocupa com as questões relativas ao processo saúde-doença bucal na população; 3) a definitiva inserção dos profissionais da Saúde Bucal, na condição de integrantes do sistema público, em equipes de saúde que trabalham sob bases interdisciplinares.

Mendes (2007) justifica o desenho da atenção em Saúde Bucal através de uma rede temática, pois essa poderá servir de referencial para a implantação, na prática social, das redes reais.

> [...] "O estado da arte não permite o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção às urgências e às emergências, doença renal crônica, diabetes; as redes de atenção à saúde bucal (MENDES, 2007. p.20).

Para cumprir esse objetivo, sua modelagem deve seguir, conforme o quadro 2, as orientações das RASs (conceitos, fundamentos e bases estruturantes), sendo primordial, para gestão da clínica, a elaboração de Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais que orientem as Linhas de Cuidado e viabilizem a comunicação entre as equipes e serviços (MENDES, 2011)

O centro de comunicação das RAS, no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde, é constituído pela Atenção Básica (unidade básica de saúde tradicional ou equipe da Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais da Saúde Bucal. (Figura 3)

De acordo com os pontos das Rede de Atenção à Saúde, os diferentes equipamentos de saúde ainda podem ser classificados segundo a densidade tecnológica: a Atenção Primária/Básica (baixa densidade), a Especializada Ambulatorial (densidade intermediária) e Especializada Hospitalar (elevada densidade). (MENDES, 2011; BRASIL, 2018)

Com relação às unidades de atenção especializada, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem cumprir uma função distinta das unidades ambulatoriais dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, nos quais centros de especialidades odontológicas, em geral, ocupam-se estritamente de funções assistenciais (MOYSES, 2013). Já os pontos de atenção especializada, em uma RAS, são sistemas fechados que agregam outras funções imprescindíveis, como: a supervisão e apoio às equipes de APS; educação permanente; mobilização social e comunicação social no âmbito regional; e pesquisa, especialmente no

campo do desenvolvimento tecnológico. (BRASIL, 2018)

Para que haja integração entre os diferentes pontos e níveis de atenção é necessária comunicação fluida, principalmente através da ação combinada dos sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, um sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde).

A estruturação de uma rede de Atenção à Saúde Bucal, como rede temática, surge como uma solução abrangente, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da odontologia. Nesse sentido, a rede possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à SB, de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos. (LAVRAS, 2011; SILVA, 2011b; SILVA; GOTTEMS, 2017; GODOI, 2013)

Quadro 2 - Elementos básicos da Rede de Atenção à Saúde e elementos necessários para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
População	Região de saúde/ território	Definição de regiões de saúde/territórios, com estabelecimento de serviços e ações a ofertar à população
	População adstrita	Promoção de adstrição da clientela à UBS para que se possa interagir com a população do território, criar vínculo e conhecer as necessidades dessa população (definição de microáreas de atuação).
	Análise da situação local de saúde	Levantamento das condições de saúde bucal da população, determinação de indivíduos expostos a maiores riscos, realização de planejamento das ações e definição de grupos prioritários.
	Identificação de grupos de risco	Planejamento das ações mediante grupos prioritários, promovendo o princípio da equidade
Estrutura Operacional	Recursos humanos	Cirurgião-dentista (CD), em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção Especializadas Hospitalar, em nível hospitalar, garantindo a

Estrutura Operacional		integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.
	Atenção Básica	Atenção à saúde bucal disponível em todas as UBS, garantindo o acesso da população a este serviço. Ampliação e qualificação da AB em saúde bucal mediante a oferta de procedimentos reabilitadores
	Pontos de Atenção Especializada Ambulatorial	Oferta de serviços odontológicos especializados na Atenção Especializada Ambulatorial nos CEO, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro. Conforme o porte populacional e plano de regionalização, deverá atender às necessidades de suas regiões de saúde
	Pontos de Atenção Especializada Hospitalar	Unidades hospitalares próprias ou de referência que ofereçam serviços de Odontologia em alta complexidade.
	Sistemas de apoio	Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal Existência de apoio farmacêutico que à rede articulados à rede.
	Sistemas de Governança	Construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB)
Modelo de atenção à saúde	Redes de Atenção à Saúde baseadas na AB à saúde	Ampliação de ESB da ESF, garantindo cobertura populacional acima de 50% às ações de saúde bucal. Equiparação entre o número de ESB e equipes de saúde da Família ESB (vinculadas ou não à ESF) fundamentadas no princípio da vigilância e da promoção da saúde Desenvolvimento de atividade educação permanente que vise o aperfeiçoamento e manutenção dos profissionais

Fonte: A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018)

2.4 O acesso aos serviços de saúde e suas dimensões.

Muitos países possuem metas de políticas de saúde ligadas ao acesso equitativo à assistência, porém essas metas comumente são direcionadas para os fatores ligados à oferta, isso é, normalmente referem-se à disponibilidade dos serviços (DI MCINTYNE; MOONEY, 2014)

Na década de 70, Donabedian introduziu o conceito de acesso relacionado com a interação entre sistemas de saúde e indivíduos, e definiu a acessibilidade como a capacidade dos serviços de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A

acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. O autor destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços (DONABEDIAN, 1973).

Alguns autores, apesar de destacarem as diferenças entre acesso e acessibilidade, consideraram a complementaridade entre os dois conceitos (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; STARFIELD., 2002) Para Penchanski e Thomas (1981), acesso é um conceito geral que concentra um conjunto de dimensões específicas do grau de ajuste entre os clientes e o sistema, esse definido por vários atributos como: ‘disponibilidade’ (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; ‘acessibilidade’, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; ‘acolhimento’, forma como os serviços se organizam para receber os usuários; ‘capacidade de compra’, formas de financiamento e a possibilidade dos usuários de pagarem pelos serviços; e ‘aceitabilidade’, reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um desses sujeitos (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quanto aos fatores explicativos, Travassos (2004), destacam a ênfase pode estar nas características dos indivíduos, nas características de oferta ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta).Logo a avalição do aceso pode estar centrada nos resultados ou objetivos finais, ou na relação entre os diversos elementos que compõem o sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

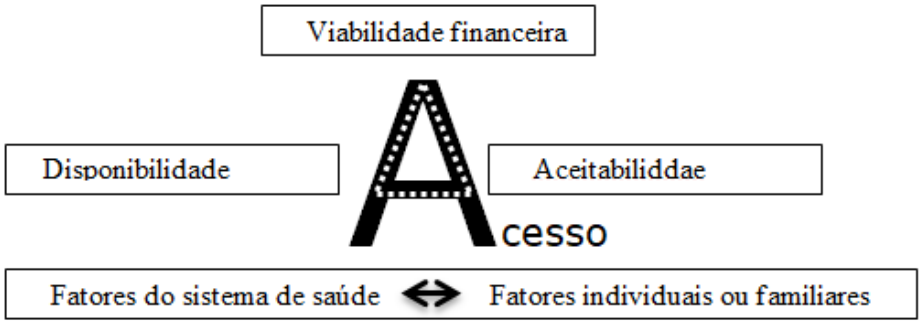
No contexto da Atenção Primária à saúde, Starfield (2002), considera a possibilidade de o atendimento à saúde ser dividido em fases. O acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. O acesso pode ser avaliado a partir das seguintes dimensões: disponibilidade ou não do serviço, a distância, as práticas que estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários, os recursos disponíveis, a capacitação técnica dos profissionais e de que forma eles têm se responsabilizado pelos problemas da população. (STARFIELD, 2002)

Thiede et al (2014), desenvolveu um modelo teórico para avaliar o acesso. Nesse modelo, o acesso não se restringe ao uso dos serviços de saúde, considera à noção liberdade de usar tais serviços. Refere-se a uma interação entre o sistema de saúde e os indivíduos, essa

proposta se baseia nas ideias de acesso como “grau de adequação” de Donabedian, contudo considera a acessibilidade como um aspecto da dimensão de disponibilidade. Os autores utilizam a estrutura triangular para explicar o conceito de acesso, na qual fatores que determinam o acesso podem ser capturados por três dimensões: disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Essas três dimensões são apresentadas como os três ângulos um triangulo, os quais, juntos, constituem o acesso. As linhas de ligação do triângulo destacam o fato das três dimensões se inter-relacionarem, embora tratem de problemas distintos. A Figura 4 destaca também que a base do conceito é a “interação” do sistema de saúde com os fatores individuais ou familiares, em cada dimensão (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

Figura 4 – Estrutura Triangular do conceito de acesso



Fonte Thiede et al, 2014, p143

A disponibilidade, também denominada acesso físico, capta todos os fatores relacionados à existência real de um serviço ao alcance do usuário, isso é, aspectos de facilidade de uso como: localização, distância entre os estabelecimentos e os usuários, opções de transporte, grau de adequação do agendamento e conveniência do horário de funcionamento, tipo, abrangência, quantidade e qualidade dos serviços. (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

Contudo, a disponibilidade de recursos, por si só, não garante o acesso. Existem diversas barreiras, como as geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais, que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou não, a capacidade das pessoas em utilizar os serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

> A dimensão da viabilidade financeira diz respeito ao custo da utilização dos serviços e a capacidade dos indivíduos de pagamento, incluindo os custos diretos (transporte e

> outros) e indiretos (perda de renda ou de produtividade, durante o trajeto ou na espera para ser atendido). Atualmente, as discussões sobre a viabilidade financeira estão fortemente presentes nos debates sobre equidade em saúde. O "grau de adequação" diz respeito aos riscos financeiros da doença e da utilização de serviços de saúde, e na proteção de famílias e comunidades contra esses riscos. Essa dimensão descreve o acesso financeiro da população aos serviços, no sentido mais amplo possível. (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014 p.144-145)

A aceitabilidade refere-se à natureza da prestação de serviço, e ao modo como essa é percebida pelos indivíduos e pela comunidade. Os serviços de saúde devem ser sensíveis às necessidades e à compreensão cultural daqueles que os procuram. Uma questão central, no que concerne à aceitabilidade, é o respeito, isto é, o grau de adequação entre atitudes e expectativas, envolvidas na relação profissional-usuário. (GILSON, 2014)

> As expectativas por parte dos prestadores, de que os pacientes respeitem seu status profissional e obedeçam ao tratamento prescrito por ele, e o grau que isso se dá nos pacientes.; as expectativas por parte dos pacientes, de que os prestadores os tratem com respeito, ouçam atentamente a descrição de seus sintomas, efetuem exames minuciosos, expliquem a natureza de sua doença e discutam as alternativas de tratamento, e o grau que os prestadores atendem essas expectativas; as expectativas, por parte dos pacientes, sobre a organização do serviço de saúde, quanto à possibilidade de serem encaminhados para um ponto de entrada apropriado para o recebimento do cuidado, e como de fato eles são organizados. (GILSON, 2014,p.168)

Segundo Lucy Gilson (2014), a aceitabilidade, compreendida como a distância social e cultural, pode ser analisada a partir de três componentes: a adequação entre as convicções dos leigos e profissionais sobrea a saúde, o engajamento entre o usuário e o prestador, e a influência dos arranjos organizacionais dos serviços de saúde nas reações dos usuários .

A relação de confiança usuário / prestador tem clara relevância na ideia de aceitabilidade, e foi especialmente destacada como uma influência no comportamento de busca por assistência à saúde, tanto em contextos de baixa, quanto de alta renda (O'MALLEY; FORREST, 2002).

Em geral, a literatura a respeito da confiança sugere que os arranjos organizacionais podem influenciar a aceitabilidade do atendimento, por fornecerem sinais institucionais de que os prestadores agirão (ou não) no interesse do paciente, por criarem oportunidades de gerar conhecimentos suficientes acerca do prestador para construção da confiança ou por trazerem influências que moldam a conduta dos profissionais (GILSON, 2014; ANDERSON et al., 2003; TAMSMA; BERMAN, 2004)

Os gestores podem moldar o acesso ao atendimento por meio de sua influência na educação das equipes, nas decisões sobre pessoal, na administração dos recursos ou através do seu próprio senso de responsabilidade para com o usuário (GILSON, 2014).

A diferença cultural pode ser demonstrada por diversas causas, como: o descompasso

entre as crenças dos pacientes sobre a saúde, as barreiras de comunicação, o conhecimento médico dominante, o preconceito racial, fornecimento precário de informações e através da desconfiança em relação aos prestadores de serviços (ANDERSON et al., 2003; TAMSMA; BERMAN, 2004). A informação não é crucial apenas para a compreensão do acesso como liberdade de uso, mas sim para cada uma das dimensões do acesso propostas por Thiede et al (2014).

> "A informação de boa qualidade facilita a adequação entre os sistemas de saúde e os fatores de acesso individuais e comunitários. Estar bem informado é resultado dos processos de comunicação entre os sistemas de saúde e seus usuários. Para que haja comunidades bem informadas e capacitadas, a interação comunicativa precisa respeitar os princípios que garantam o envolvimento imparcial de ambas as partes no diálogo" (THIEDE, 2005, p. 1665)

O conceito de liberdade também inclui o entendimento de que decisões autônomas são baseadas em uma vontade informada. Para o desenvolvimento da vontade informada, uma cultura de comunicação na saúde precisa ser instituída. A comunicação em saúde engloba diálogos em torno da saúde e medicina, das percepções de saúde e serviços de saúde, bem como política de saúde. (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

Segundo Thiede (2005), enfoque do Agir Comunicativo de Habermas dialoga com a dimensão de aceitabilidade, a ação comunicativa surge como uma interação de, no mínimo, dois sujeitos capazes de falar e agir, que estabelecem relações interpessoais com o objetivo de alcançar uma compreensão sobre a situação em que ocorre a interação, e sobre os respectivos planos de ação, com vistas a coordenar suas ações pela via do entendimento. A palavra chave do enfoque de Habermas é o entendimento, a capacidade de estabelecer consensos fundamentados, depende da possibilidade de aproximação de uma situação de fala ideal, caracterizada pela igualdade de chances discursivas, por um contexto relacional o mais simétrico possível. (HABERMAS; JIMÉNEZ REDONDO, 2001)

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 Pressupostos

- O aumento da cobertura das equipes de Saúde Bucal na atenção primaria não necessariamente representou um aumento do acesso à saúde bucal no SUS.
- As barreiras de acesso à saúde bucal se relacionam com três dimensões: disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade.
- As barreiras de aceitabilidade e confiança influenciam a utilização dos serviços de saúde bucal

3.2 Questões norteadoras do estudo

- Qual o panorama de oferta e utilização de serviços de saúde bucal nas capitais brasileiras?
- Como fatores que constrangem e potencializam o acesso à saúde bucal se relacionam com elementos das três dimensões (disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade), nas capitais brasileiras?
- A confiança do usuário no dentista influencia a aceitabilidade no dos serviços de saúde bucal.
- Quais as principais barreiras no acesso à saúde bucal, na atenção primaria à saúde do município do Rio de Janeiro, que podem ser identificadas nos discursos produzidos pelos gestores e dentistas ?

3.3 Desenho da pesquisa

Pesquisa analítica quanti-qualitativa sobre o acesso em saúde bucal ancorada na categoria de acesso de Thiede et al (2014) aplicando as três dimensões: disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade. Essa pesquisa foi realizada em duas etapas

3.4 Primeira etapa da pesquisa: As diferenças regionais e entre capitais no acesso à Saúde bucal.

A primeira etapa da pesquisa explorou as caraterísticas do acesso nas capitais brasileiras, a partir de dados secundários do banco da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB, realizado em 2013. O objetivo foi analisar os dados da saúde bucal do 2º Ciclo do PMAQ-AB, através da estrutura triangular do acesso de Thiede et al (2014) e suas dimensões (disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade), no Brasil, Regiões Geográficas, nas 26 capitais e no DF. Essa etapa da pesquisa se propõe a estabelecer uma correspondência entre as questões selecionadas nos módulos da avaliação externa do 2º ciclo PmaqAB, e alguns aspectos das dimensões acima citadas.

3.4.1 Instrumento para coleta de dados da avalição externa para Equipes de Saúde Bucal (ESB)

O Instrumento utilizado para realização da avaliação externa das ESB NO 2º ciclo consiste em três questionários, denominados de módulos. Cada módulo apresenta uma dimensão diferente de avaliação. (ANEXOS A, B e C)

- Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- Módulo VI - Entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde: objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.[1]

[1] 1 Representa a menor fração de um dado e pode estar relacionado a uma pesquisa ou avaliação. A partir da agregação de microdados é construída a informação.

3.4.2 Base de dados do PMAQAB 2º ciclo

Os microdados[1] dos módulos do segundo ciclo estão disponíveis no site do Departamento de atenção Básica (DAB) (Microdados do PMAQ-AB) e podem ser baixados livremente juntamente com o dicionário de variáveis e o instrumento de avaliação.

O Instrumento está organizado em seis módulos (Módulo I-UBS, Módulo II Equipe, Módulo III- Usuário, Módulo IV- Nasf, Módulo V-Saúde Bucal, Módulo VI- Equipe de Saúde Bucal) que preveem a obtenção de dados dos diferentes atores na Atenção Básica.

3.4.3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, que utilizou dados secundários do banco da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB das capitais estaduais e do DF, realizado em 2013. Justifica-se a utilização do 2º ciclo, por terem sido nele incluídos os módulos de avaliação exclusivos para as ESBs. Foram utilizados os dados do Módulo III – entrevista na unidade de saúde com usuário, quando o usuário havia conseguido marcar atendimento com o dentista, Módulo V- observação na Unidade de Saúde e Módulo VI entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal e verificação documental da unidade de Saúde.

A avaliação externa foi realizada de forma multicêntrica e contou com a colaboração de 45 Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) brasileiras, responsáveis pelo treinamento das equipes de entrevistadores, que registraram as entrevistas em *tablets* e analisaram os documentos comprobatórios quando solicitado.

Aos participantes, foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar.

Os usuários entrevistados pelo programa, em número de quatro por equipe, foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: maioridade, ter vínculo com uma equipe de Saúde da Família e ter realizado pelo menos um atendimento na unidade nos últimos doze meses. A identificação foi feita pela equipe de entrevistadores na sala de espera da unidade de saúde no dia da Avaliação Externa.

No segundo ciclo do PMAQ-AB, houve adesão de 5070 municípios, 30.424 ESF, 19.898 ESB e a participação de 65.535 usuários.

Inicialmente com objetivo de explorar as características da oferta à saúde bucal nas capitais e no DF, selecionamos do modulo III (Acesso aos Serviços de Saúde), a seguinte questão : O senhor já passou por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde

bucal?

Em seguida, com base na compreensão conceitual da estrutura triangular do acesso e suas dimensões, foi realizada a seleção no banco de dados das variáveis que tendiam a ser relevantes para cada uma das três dimensões, disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade.

Por se tratar de um banco de dados bastante complexo, não foram utilizadas questões com mais de três padrões de resposta e foram eliminadas as questões com altas frequências de não respostas (não se aplica, não sabe, não respondeu). A questão referente a escolaridade, que no questionário permitia 10 (dez) padrões de resposta, foi sintetizada em duas categorias: alfabetizados e não alfabetizados. Na questão referente a renda foram incluídas as faixas de renda de 4 a 6 salários, de 7 a 9 salários e mais que 10 salários mínimos, em um único padrão de resposta, maior que 4 salários mínimo.

Os aspectos da dimensão de disponibilidade, adotados nessa análise, dizem respeito ao grau de adequação entre o tipo, abrangência, quantidade, horários dos serviços de saúde prestados, portanto se referem as questões específicas da seção 'Atenção à Saúde Bucal' dos módulos V e VI. As equipes de saúde bucal foram descritas segundo as características dos serviços ofertados, e as questões analisadas segundo a dimensão de disponibilidade. As questões selecionadas foram: a equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?; a agenda de atendimento clínico da equipe garante consultas agendadas e de demanda espontânea?;a saúde bucal garante de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?; a equipe de saúde bucal, oferta de consultas especializadas? quais ? (cirurgia oral, endodontia, pacientes com necessidades especiais, periodontia, estomatologia, radiologia);qual a modalidade da sua equipe?

As questões selecionadas para se conhecer a viabilidade financeira dos usuários entrevistados no PmaqAB, incluíram somente os fatores referentes a capacidade de pagamento, ou seja, o lado individual a dimensão da viabilidade financeira. As questões selecionadas foram: o senhor trabalha? qual o valor que o senhor (a) recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? O senhor (a) é beneficiário (a) do Bolsa Família?

A aceitabilidade dos serviços de atenção básica que participaram do 2º ciclo PmaqAB, foi abordada através de questões sobre percepção dos usuários sobre a organização dos serviços saúde. Se referem a características da atenção em saúde bucal, relatadas pelos usuários que informaram ter 'passado por uma consulta com a equipe de saúde bucal' (Módulo III). As questões selecionadas para essa dimensão foram: o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?, o (a) senhor (a) consegue marcar

atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde?, o (a) senhor (a) já sai do atendimento com a próxima consulta agendada? quando o senhor (a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado? e o consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?; o (a) senhor (a) acha que as instalações do consultório odontológico, estão em boas condições de limpeza; o (a) senhor (a) acha que os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso?; caso o (a) senhor (a) tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?

Os resultados serão apresentados no Brasil, regiões geográficas e das 26 capitais estaduais e do DF

3.4.3.1 Critério de inclusão

- Foram analisados os dados das equipes da Estratégia de Saúde da Família que possuíam Equipes de Saúde Bucal.

3.4.3.2 Critérios de exclusão

- Foram excluídos os Módulos III, das Equipes da Estratégia de Saúde da Família que não possuíam Equipes de Saúde Bucal (ESB).
- Foram excluídas as ESBs que não responderam os módulos V e VI da Avaliação externa do PMAQ-AB

3.5 Segunda etapa da pesquisa: explorando as diferentes dimensões do acesso no município do Rio de Janeiro

O objetivo dessa etapa da pesquisa foi conhecer a percepção dos gestores, dentistas e usuário quanto as principais barreiras no acesso à saúde bucal no município do Rio de Janeiro.

3.5.1 Local da pesquisa

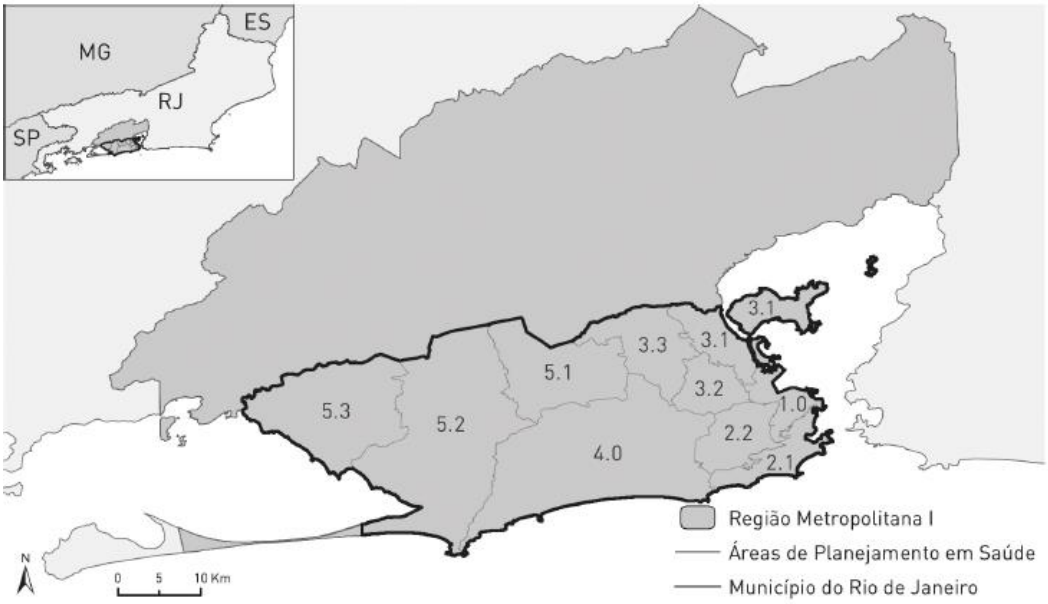
O Rio de Janeiro tem 1.224 Km^2 de área, e densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km^2. Está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, consequentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive

dos serviços de saúde. Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (SMS/RJ, 2018).

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, a cidade possui 6.320.446 habitantes (IBGE, 2010), o que a caracteriza como a segunda maior cidade do Brasil. Para o ano de 2020 foi projetada para a cidade a quantidade de 6.661.359 habitantes, o que mostra uma estagnação no seu crescimento populacional, com uma queda na taxa de crescimento de 7,4% no período 2000-2010 para 5,1% no período 2010-2020 .

Na distribuição dessa população pela cidade destacam a alta densidade demográfica nas áreas de ocupação mais antiga da cidade, e os atuais eixos de expansão, marcadamente as áreas de menor densidade. Podem ser observados ainda “bolsões” de densidade muito acima da média, formados de um lado pelas grandes favelas da cidade, como a Rocinha na AP 2.1 e os complexos da Maré e do Alemão na AP 3.1, e por outros bairros de classe média e alta, principalmente nas APs 2.1 e 2.2 (SMS/RJ, 2018).

Figura 5 - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro



Fonte :Plano Municipal de saúde 2014 a 017: Secretaria Municipal de Saúde www.rio.rj.gov.br/web/SMS- Rio de Janeiro – 2018-21

A dinâmica social da cidade do Rio de Janeiro acontece por meio, de uma rede de interações entre as diferentes áreas de Planejamento, por meio das atividades econômicas, da circulação, da mobilidade e da distribuição dos equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer. Essa complexidade deriva em grande parte da heterogeneidade de sua ocupação. A história de sua evolução urbana fez com que se tenha, hoje, um quadro de grande desigualdade entre as regiões da cidade no que diz respeito à oferta de bens e serviços essenciais e da distribuição de sua população (SMS/RJ, 2018).

A cidade do Rio de Janeiro se destacou desde as décadas de 1990/2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção básica públicos, por um lado, e, por outro, um crescimento histórico dos planos privados de saúde. Em dezembro de 2008, a cobertura de Equipes completas de Saúde da Família na cidade era de 3,5% da população, a mais baixa entre as capitais brasileiras. Nos anos seguintes o município promoveu uma reforma no setor saúde, iniciada por serviços de atenção primária e sua gestão por Organizações Sociais (OS), chegando a aproximadamente 68% de cobertura da ESF no ano de 2016 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Atualmente, o município do Rio de Janeiro conta com 231 unidades de atenção primária à saúde, sendo: 117 Clínicas da Família (CF); 111 centros municipais de saúde (CMS) e 3 centros de Saúde-Escola. Esse conjunto de unidades está distribuído pelas 10 áreas de Planejamento em Saúde. São ao todo 1.294 ESF e 456 ESB. Segundo o plano municipal de saúde (2018/2021), cada equipe de Saúde Bucal cobre de uma a três equipes de Saúde da Família (SMS/RJ, 2018).

Em 2018, o município, sob o argumento de dificuldades financeiras, publicou o Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) para o ano de 2019, que previa um corte orçamentário para a pasta da saúde, atingindo em maior medida a atenção primária. O documento, denominado "Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde", estipulou os seguintes parâmetros para a redução do número de equipes: equipes em áreas de índice de desenvolvimento social (IDS) médio e alto (> 0,567), equipes cobrindo um baixo número de pessoas (abaixo de 3000 usuários), equipes com baixa produção ambulatorial (< 75% do esperado), equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida), equipes sem programas de ensino estratégicos (Residência Médica ou de Enfermagem) (PELLI et al., 2018).

Como critério de escolha das Áreas de Planejamento (APs) do município, foi adotado o percentual de cobertura da ESB no município em 2018 (tabela 11), sendo a AP 5.3 a área com maior cobertura (46,9%) e a AP2.2 a de menor cobertura (8,08%).

Tabela 1 - Percentual de Cobertura ESF e ESB na cidade do Rio de Janeiro em 2018

AP	POPULAÇÃO	Cobertura ESF (%)	Cobertura ESB (%)
1.0	297.976	93.78%	20,14
2.1	638.050	34.61%	8,93
2.2	371.120	41.83%	8,08
3.1	886.551	83.67%	30,12
3.2	569.970	70.82%	23,69
3.3	942.638	64.41%	20,69
4.0	909.368	49.32%	9,90
5.1	671.041	76.6%	21,46
5.2	665.198	84.02%	26,16
5.3	368.534	113.27%	43,96

Nota: valores expressos em n (%); ESF: Equipes de Saúde da Família; ESB: Equipes de saúde Bucal; AP: Áreas Programáticas. Fonte:www.subpav.org

3.5.1.1 Área de planejamento (AP) 2.2

Segundo o Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE-, a população da AP 2.2 é de 371.120 habitantes, apresentando nos seus bairros os melhores IDH da cidade, todos acima da média municipal. A taxa de alfabetização dos moradores é elevada, tendo uma média de anos de estudo na VIII RA – Tijuca de 9,3 anos e na IX – Vila Isabel em torno de 8,3 anos.

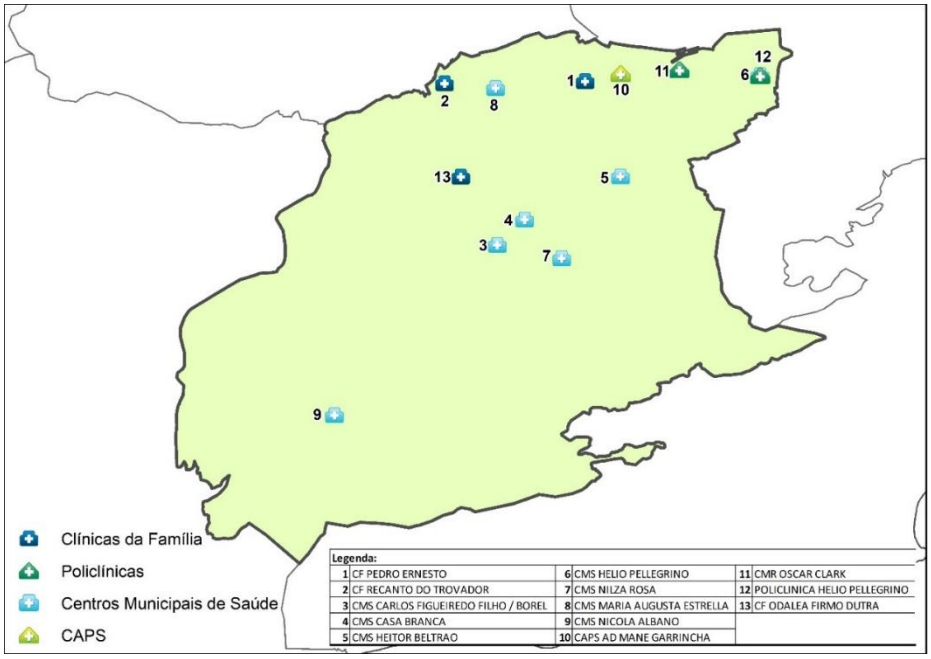
Segundo pirâmide etária da área, a população maior que 60 anos apresenta um percentual de 22,1 %, totalizando 81.867 idosos. Aproximadamente 50% das mulheres tem idade entre 15 e 49 anos, perfazendo um total de 99.082. Temos 15% da população com menos de 15 anos e 0,8% de menores de 1 ano. A pirâmide etária da AP 2.2 vem assumindo o mesmo formato das pirâmides etárias das grandes cidades desenvolvidas no Brasil e no mundo, com tendência a inversão, no alargamento do topo pelo aumento da expectativa de vida, e o estreitamento da base pela diminuição do número de nascimentos nas famílias da área

No tocante aos territórios sociais, a AP 2.2 é constituída por 04 unidades de saúde acompanhando 96 famílias. Dessas, 57 estão no território da CF Odalea Firmo Dutra, onde são acompanhadas por suas equipes de saúde. Na comunidade Casa Branca são 28 famílias acompanhadas pela única equipe de saúde de referência. No Salgueiro mais 4 famílias são acompanhadas pela equipe do CMS Heitor Beltrão. No Alto da Boa Vista temos 7 famílias assistidas pelas equipes do CMS Nicola Albano.

Além das unidades de Atenção Primária, a rede de atenção à saúde da CAP 2.2 apresenta uma Policlínica - Hélio Pellegrino e um Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark, ambos com 100% de vagas no SISREG. Dentro do território temos o CAPS AD Mané Garrincha e o

Hospital Municipal Jesus.

Figura 6 - Mapa de distribuição das unidades de saúde de atenção Primária da AP2,2



Fonte: https://subpav.org/

3.5.1.2 Área de planejamento (AP) 5.3

A população total da Área de Planejamento 5.3, segundo Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, é de 368.534 pessoas. A densidade demográfica da área corresponde a 2.193 habitantes/ km2, menor quando comparada a do município do Rio de Janeiro, cuja densidade é de 5.163 habitantes/km2. No último arquivo de cadastros exportado do prontuário eletrônico em setembro de 2018, a população cadastrada pelas equipes de saúde da família na Área de Planejamento 5.3 é de 400.958 cidadãos.

Nesse ponto é importante salientar que apenas as comunidades do Dreno, Lote 2 Morro do Chá não possuem cobertura de saúde da família, entretanto essa população possui como unidade de referência para assistência, o CMS Décio Amaral Filho.

Em análise das Pirâmides Populacionais da AP 5.3, segundo dados do Censo de 2000 e 2010, pode-se observar que o crescimento populacional foi de 15,5%, bem acima do crescimento populacional do Município do Rio de Janeiro que foi de 7,3% no mesmo período. O quantitativo da população feminina é superior ao da masculina nos dois períodos de análise. A razão de sexo em 2000 era de 93 homens e em 2010 de 92 homens para cada 100 mulheres.

Destaca-se em 2010, o predomínio de jovens adultos e um aumento do número de idosos

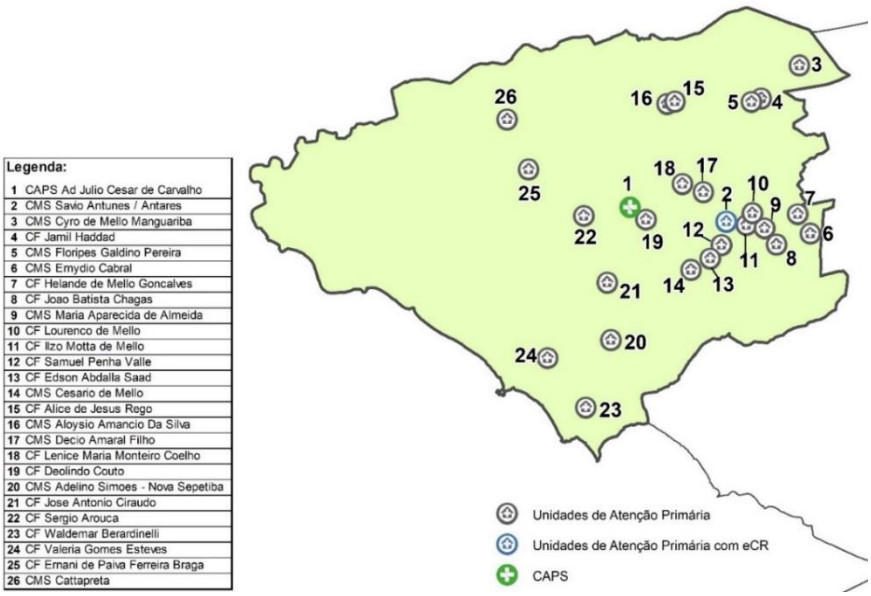
(7,9% da população em 2000 e 10,2% em 2010), principalmente mulheres, o que evidencia também a transição demográfica e a crescente tendência de envelhecimento da população do Município do Rio de Janeiro.

No ano 2000, a população de 0 a 4 anos era a maior e em 2010, chama atenção o número alto da população entre 10 a 14 anos .

Em relação ao percentual de analfabetismo de 10 a 14 anos, os bairros da AP 5.3 também apresentam percentual maior que o do Município do Rio de Janeiro. O percentual do Município em 2010 foi de 2,01%, e os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba apresentaram no mesmo ano, os seguintes percentuais respectivamente, 2,98%; 2,90% e 3,23%. O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) aumentou na AP 5.3 no ano de 2010 foi de 0,528, já o IDS do Município foi de 0,609. Ainda, nesse estudo apesar da AP 5.3 obter o mesmo percentual que o Município de 98% dos domicílios com abastecimento de água adequado, na contramão disso o percentual de acesso ao serviço de esgoto sanitário adequado no Município é de 90% e o da AP 5.3 de 76,5%. Outros aspectos relevantes quanto ao IDS relacionam-se com a renda per capita por domicílio, sendo o Rendimento domiciliar per capita em salários mínimos de 2,270 no Município e apenas 0,871 na AP 5.3, onde 67,6% dos domicílios com rendimento domiciliar per capita até um salário mínimo. O território da AP 5.3 possui 25 Unidades de Atenção Primária, sendo 15 Clínicas da Família e 10 Centros Municipais de Saúde, 01 Policlínica, 1 Centro de Atenção Psicossocial Tipo II, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

A rede assistência à saúde conta ainda com 01 Hospital Municipal, 3 Unidades de Pronto Atendimento Municipais e 01 Unidade de Pronto Atendimento Estado

Figura 7 - Mapa de distribuição das unidades de Atenção Básica de Saúde AP.5.3



Fonte: https://subpav.org

3.5.1.3 Entrada em campo

Após autorização do Comitê de ética em Pesquisa (CEP), foram contactados os Centros de Estudo da AP 2.2 e da AP5.3, para solicitação das autorizações dos diretores e gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que possuíssem equipes de saúde bucal na ESF. Todas as unidades selecionadas concordaram em participar da pesquisa.

Antes de iniciar o do trabalho de campo, houve um encontro com os coordenadores de saúde bucal das duas áreas de planejamento, com o objetivo de apresentar a pesquisa e esclarecer dúvidas existentes.

Os coordenadores colaboraram com definição do calendário de entrevistas, e com o desenho das rotas a serem realizadas, de acordo com a localização das unidades e disponibilidade dos profissionais.

Os sujeitos deste estudo foram selecionados por conveniência, isto é, por estarem acessíveis no dia da visita a unidade de saúde. A amostra de conveniência foi composta a partir dos seguintes princípios; dentistas que atuavam na de gestão ou coordenação dos serviços de atenção básica das AP 2.2 e na AP5.3; dentista que componham as ESB das AP 2.2 e na AP 5.3, há no mínimo 12meses.; usuários com mais de 18 anos e que pertenciam ao cadastramento da UBS onde foi realizada a entrevistas.

3.5.1.4 Entrevistados

Participaram do presente estudo, 7 gestores, 34 dentistas e 60 usuários das AP 2.2 e da AP5.3. O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2019.

As entrevistas com os gestores foram agendadas individualmente e realizadas em local e horário conveniente, de modo a não prejudicar as atividades dos entrevistados. Utilizou-se um roteiro de perguntas semi- estruturas, a entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos entrevistados no TCLE. (Apêndice F)

Os dentistas foram abordados durante o horário de expediente entre os intervalos das consultas, sem prejuízo ao atendimento do usuário. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, contendo 26 questões. Após breve explicação do projeto foram convidados a participar da pesquisa, assinaram TCLE, foram realizadas as entrevistas. (Apêndice D)

Os usuários entrevistados possuíam cadastrado na ESF e foram abordados aleatoriamente na sala de espera das unidades de saúde, em dias e turnos variados, de modo a abranger os horários de atendimento de todos os profissionais**.** O instrumento utilizado para entrevista foi um questionário contendo 26 perguntas e uma escala de confiança contendo 11sentenças. Uma vez aceito e assinado o TCLE, foram conduzidos a um local reservado garantindo privacidade durante a aplicação do questionário. . (Apêndice G)

3.5 Considerações éticas

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, Para a realização das entrevista, foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa e esclarecimentos quanto à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também a possibilidade de, a qualquer momento, não mais fazer parte da pesquisa, tendo risco mínimo à população envolvida.

Essa pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz - (Registro CAAE: 91550318.1.0000.5240) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ (Registro CAAE: 91550318.1.3002.5279). (Anexos D e E)

3.6 Análise dos questionários estruturados

3.6.1 Entrevista com os Usuários

O questionário utilizado nas entrevistas com os usuários, foi constituído por 26 perguntas fechadas e uma Escala de Confiança no Dentista, adaptada do estudo de Armfield JM, 2017 O quadro abaixo mostra as questões aplicadas aos usuários, segundo as dimensões acesso analisadas. (Apêndice C)

Quadro 3 - Questões aplicadas nos roteiros estruturados, aplicados na entrevista com os usuários, segundo as dimensões acesso.

Questões	Dimensões
Essa unidade faz marcação para o dentista ?	Disponibilidade/aceitabilidade
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta para o dentista normalmente demora quantos dias?	Disponibilidade/aceitabilidade
Quanto o Sr (a) gasta da sua casa até à Unidade de Saúde?	Disponibilidade
Chegar à unidade é muito fácil, fácil, difícil ?	Aceitabilidade
O senhor já precisou procurar o dentista dessa unidade de saúde sem hora marcada	Disponibilidade/aceitabilidade
Foi atendido?	
O Sr (a) trabalha?	Viabilidade Financeira
Qual a sua renda?	Viabilidade Financeira
Recebe Bolsa Família?	Viabilidade Financeira
Tem plano de saúde médico?	Viabilidade Financeira
Possui plano de saúde odontológico?	Viabilidade Financeira
Teve alguma despesa com tratamento odontológico no último ano?	Viabilidade Financeira
Durante as consultas, profissional aborda outras questões de saúde além das de saúde bucal?	Aceitabilidade
O usuário sente-se respeitado pelo profissional ?	Aceitabilidade
Se sente à vontade para falar com o dentista de suas	Aceitabilidade
O dentista busca resolver as suas necessidades?	Aceitabilidade
O Sr (a) Recomendaria o dentista a uma outra pessoa ou a sua	Aceitabilidade

Fonte (BRASIL, 2013a; THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014

Tabela 2 - Sentenças que compuseram a escala de confiança. (ECD), utilizada nos roteiros estruturados aplicada nas entrevistas dos usuários.

Sentença	Código
Dentistas se preocupam com a saúde de seus pacientes tanto quanto ou mais que o paciente	1
Dentistas às vezes se importam mais com o que é melhor para eles do que com as necessidades dentárias do paciente	2
Dentistas são extremamente minuciosos e cuidadosos	3
Você confia totalmente nas decisões dos dentistas sobre quais tratamentos são melhores	4
Dentistas são totalmente honestos em informar as diferentes opções de tratamento e suas condições	5
Dentistas pensam apenas sobre o que é melhor para os seus pacientes	6
Dentistas às vezes não prestam atenção total ao que os pacientes estão tentando dizer	7
Dentistas sempre usam sua melhor habilidade e esforço em nome de seus pacientes	8
Você não se preocupa em colocar sua saúde bucal em suas mãos	9
Dentistas nunca iriam enganar você sobre qualquer coisa	10
Em tudo você confia completamente em dentistas	11

Fonte: Adaptado de Armfield JM, 2017

Para a análise da ECD foram utilizados os seguintes testes estatísticos, testes de correlação de Pearson ou de Spearman para análise de correlações entre variáveis de interesse, e análise de regressão logística univariada para identificar a existência de associações entre "menor confiança" no dentista e variáveis gerais, demográficas e socioeconômicas, como: influência local (AP), sexo, respeito, possuir plano de saúde e gastos com tratamento dentário.

A Escala de Confiança no Dentista (ECD), composta por 11 sentenças. A ECD foi constituída por 11 perguntas e 5 tipos de respostas, que variaram de "concordo plenamente" até "discordo plenamente". A essas respostas, foram atribuídos valores, ficando o menor grau (1), para o menor nível de confiança ("discordo plenamente") e o maior grau (5), para o maior nível ("concordo plenamente"). Com base nos graus atribuídos e baseado na ECD de ARMFIELD et al. (2017), foi criada uma escala que permitiu a classificação da ECD em "menor confiança" (nível abaixo do valor central da escala) e "maior confiança" (nível igual ou acima do valor central da escala)

As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* IBM SPSS, versão 20 (2), e nível de significância adotado foi $p < 0,05$

3.6.2 Entrevista com os profissionais dentistas.

Na entrevista com os dentistas foi utilizado um roteiro de semiestruturado, composto por perguntas abertas e fechadas. (Apêndice B)

As questões fechadas foram analisadas através de estatística descritiva, enquanto as questões abertas foram analisadas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo DSC (Lefèvre e Lefèvre, 2006, 2010). O quadro abaixo mostra as questões aplicadas aos usuários, segundo as dimensões acesso analisadas.

Quadro 4 - Questões aplicadas nos roteiros estruturados, aplicados na entrevista com os dentistas, segundo as dimensões acesso.

Questões	**Dimensões**
Qual a modalidade da sus equipe?	Disponibilidade
Essa equipe atende a quantas ESF	Disponibilidade
Com que frequência você tende pacientes de fora da área de abrangência	Disponibilidade
A sua agenda garante consultas que tipo de consulta?	Disponibilidade
A ESB garante atendimento de retorno para tratamento?	Disponibilidade
Você sente-se respeitado pelos pacientes?	Aceitabilidade
Você mantem algum canal de comunicação (e-mail, rede social, tel.) com o usuário	Aceitabilidade
Você considera a comunicação com o usuário	Aceitabilidade
Você considera a compreensão do usuário quanto a sua própria bucal?	Aceitabilidade
Queixa principal do paciente procura a saúde bucal?	Aceitabilidade
Com que frequência os pacientes faltam as consultas ?	Aceitabilidade

Fonte (BRASIL, 2013; THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

3.6.3 Entrevistas com os gestores

O roteiro da entrevista com os gestores contemplou a caracterização dos participantes e quatro perguntas abertas direcionadas ao objeto de estudo, (Apêndice A). O seu tempo de duração variou de 10 a 25 minutos e, realizada no local de trabalho dos participantes, com garantia à privacidade, livre de ruídos e de interrupções, foi gravada com auxílio de gravador de voz digital com autorização prévia do entrevistado.

Inicialmente foi realizada a transcrição literal do conteúdo gravado no Office Microsoft

Word 2010. A pesquisadora efetuou as entrevistas e transcrições na íntegra. Posteriormente as entrevistas foram editadas, visando adequação da linguagem falada a linguagem escrita, pois segundo Fernandes há necessidade da edição das entrevistas antes da sua divulgação, uma vez que o discurso oral (narrativa) não se constitui como texto. A linguagem falada possui uma estrutura bastante diversificada da escrita e, quando transcrita fielmente pode se transformar em um texto incompreensível para publicação. Na intenção de garantir o anonimato dos participantes do estudo, eles foram identificados com a letra "G" de entrevistado, seguido do número de ordem de realização das entrevistas (Exemplo: G1, G2...)

Os DSC do grupo de gestores foram elaborados a partir das seguintes questões; como você percebe o acesso a saúde bucal dos usuários na APS? Quais as facilidades e dificuldades; como você percebe a relação entre a oferta das ações e as demandas dos usuários? como as políticas públicas interferem em seu cotidiano como gestor em relação às propostas que envolvem o acesso dos usuários?

3.6.4 Análise das entrevistas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo

As entrevistas com os gestores e com os dentistas foram analisadas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo DSC (LEFEVRE; LEFÈVRE, 2006; LEFEVRE; LEFEVRE, 2010), que se baseia na Teoria das Representações Sociais. Segundo os autores a técnica do DSC descreve em forma de discurso as ideias que compõem as representações sociais acerca de um tema, revelando não apenas seus conteúdos, mas também as diferentes formas como elas se apresentam e suas justificativas.

Os problemas de pesquisa aos quais esta metodologia busca responder são aqueles “cujo conhecimento, solução ou equacionamento passam necessariamente pelos sentidos a eles atribuídos pelos atores sociais envolvidos.” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010 p.37). Estes geram depoimentos individuais e opiniões compartilhadas. O DSC tem um aspecto quantitativo, pois é constituído pelo discurso de um determinado número de sujeitos, e um qualitativo, pois recupera conteúdos diversos de cada discurso.

A partir de discursos individuais constitui-se um discurso coletivo formado por expressões-chave semelhantes, que aparecem nas falas de indivíduos distintos O DSC apoia-se em quatro figuras metodológicas:

A. Expressões-Chave (EC): trechos que descrevem conteúdo, transcritos de forma literal, que representam os argumentos discursivos e constituem a matéria-prima para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo;

B. Ideias Centrais (ICs): traduzem o essencial do conteúdo discursivo explicitado por meio da identificação das ideias centrais de cada depoimento

C. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é construído pelas expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias centrais de sentido semelhante ou complementar, e constitui a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana. Faz parte do imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais

D. Ancoragem: são os pressupostos, teorias, conceitos ou ideologias nos quais se baseiam todo discurso e que pode se expressar por marcas linguísticas claras ou estar subjacente às práticas cotidianas.

Construíram-se discursos coletivos a partir de expressões chaves (EC) semelhantes, trazidas dos diferentes depoimentos agrupados em ideias centrais (IC). A ancoragem destes discursos apoiou-se no referencial teórico utilizado nesta Tese, e em representações sociais

4 RESULTADOS

4.1 Resultados da primeira etapa: as diferenças regionais e entre capitais no acesso a Saúde Bucal

O número total de usuários entrevistados no PMAQ-AB foi de 114718 indivíduos. Destes, 79, 7% eram mulheres e 20,3 % homens . A média da idade dos entrevistados foi de 44,7; o percentual de indivíduos que declararam analfabetos (não saber ler e escrever) foi de 7,6 %. Quanto à cor ou raça, 45,2% se declararam pardos ou mestiços; 35,9 %, brancos; e 12,9 %, pretos (tabela3)

A tabela 3 apresenta a distribuição dos usuários nas regiões, nas capitais estaduais e no Distrito Federal. As regiões, nordeste (n= 39752) e sudeste (n=39551), foram as que tiveram um maior número de usuários entrevistados. As capitais que tiveram um menor número de usuários entrevistados foram Teresina (n=63) e Rio Branco (n=88). Dentre as capitais, Rio Branco foi a capital que apresentou um maior percentual de indivíduos analfabetos 14,8%

A tabela 4 apresenta a distribuição de usuários que declararam ter passado por uma consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal na unidade básica de saúde onde foram entrevistados No Brasil apenas 32,5 % dos usuários já haviam se consultado com dentista. Nas regiões esse percentual foi de 28,8% no norte, 39,5% no nordeste, 26,9% no sudeste, 34,8% no sul, de 26,4% no centro- oeste. As capitais com melhores resultados nesta questão foram (Tabela 2) :Teresina (60,3%), Vitória (56,5%), João Pessoa (52,2%,), Campo Grande (50,7%), Natal (50,2%), Palmas (48,9%), Curitiba (45,5%) e Florianópolis (45,5%).

O número de ESB respondentes ao 2º ciclo do PmaqAB foi de 18 249, sendo distribuídas nas regiões da seguinte forma:1291 no norte, 7733 no nordeste, 5040 no sudeste, 2522 no Sul e 1583 no centro-oeste. As capitais que apresentaram um maior número de equipes participantes foram (tabela 5): Belo Horizonte (n=287), São Paulo (n=237) e Rio de Janeiro (n=235). Já as capitais com o menor número de equipes participantes foram Cuiabá (n=1),Macapá (n=3), Boa Vista (n=6) e Belém (n=6)

A tabela 5 demonstra as características das ESB. A maioria foi classificada como modalidade I (89,6%) e informou atuar em uma única ESF (88,3%), com exceção de São Paulo, onde 55,7 % das ESB afirmou atuar em mais de 3 ESF. As capitais Boa Vista, Belém, Teresina, Aracaju, e Cuiabá apresentaram 100% de ESB na modalidade I A maior proporção de equipes modalidade II, ocorreu nas capitais Rio de Janeiro (65,5%), Belo Horizonte (64,0%),

Observa-se que a maioria das ESB organiza a agenda para atender demanda espontânea

e programada (89,0%), e oferece ao usuário oportunidade de agendamento para a continuidade do tratamento odontológico (91,7%). Nas regiões, o percentual de ESB que organizam a agenda para atender demanda espontânea e programada variou de 73,4% na região centro -oeste, a 92,7% nas regiões sul e sudeste. A mesma forma de organização ocorreu nas capitais, com exceção de João Pessoa onde 24% das ESB afirmaram atender somente a demanda espontânea e em Boa Vista onde 66,6% das ESB afirmaram atender somente a demanda agendada. (tabela5)

A garantia de agenda pela equipe de Saúde Bucal (ESB) para a continuidade do tratamento do usuário foi referida pela maioria dos profissionais respondentes (.91,7%) A pior situação em relação à garantia de agenda foi na região Nordeste (86,9%), enquanto, a Sudeste se diferenciou claramente das demais (93%), com percentual acima do percentual nacional (91,7%). O pior desempenho nas capitais foi em Boa Vista pois 33% das ESB não garantiam ao usuário o agendamento para continuidade do tratamento. . (tabela5)

Quanto a modalidade das equipes, do total de equipes no Brasil, 78,1% eram ESB modalidade I, 10,7% modalidade II e 1,6 % parametrizadas. O percentual de ESB modalidade I também foi maior nas regiões, alcançando 98% das ESB da região nordeste. (tabela5) Diferente do padrão nacional, as seguintes capitais apresentaram um maior percentual de equipes modalidade II, Belo Horizonte (64,0%), Rio de Janeiro (65,5%) e Curitiba (56,5%).

As características da disponibilidade de consultas especializadas na rede de atenção são apresentadas na tabela 4. Nota-se que 74,5% das ESB informaram haver oferta de consultas especializadas, porém há uma diferença entre as regiões (tabela 6), sendo esse percentual em ordem decrescente: sul (83,9%), sudeste (83,7%), nordeste (72,0)% centro-oeste (63,2%) norte (59,1%).

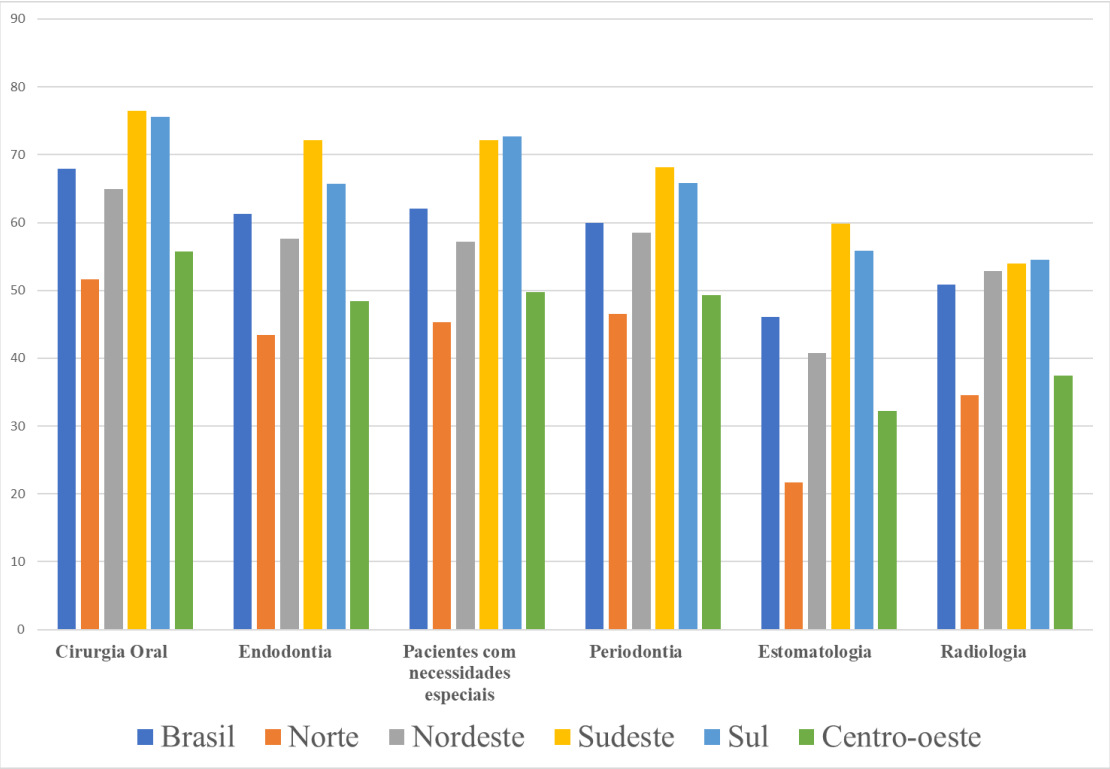
Dentre as capitais o pior desempenho na oferta de consultas especializadas. (tabela 6), isto é equipe que afirmaram não possuir oferta de consultas especializadas na rede, foram Boa Vista (100%), Macapá (33,3), São Luís (25%) e Natal (17,9).

A informações quanto ao tipo de consultas especializadas rede de atenção são apresentados na tabela 6. Nota-se que todas as especialidades que foram indicadas pelas equipes, sendo as especialidades com menor prevalência, a estomatologia (46,1%) e a radiologia (50,8%).

O gráfico 1 demonstra as diferenças na oferta de consultas especializadas entre as regiões. Em todas as especialidades selecionadas as regiões sudeste e sul, se diferenciam claramente da demais regiões, e apresentam um percentual de oferta de serviços especializados maior do que o nacional. A região norte foi a que apresentou uma menor oferta de serviços nas especialidades selecionadas, sendo que apenas 21,7% das equipes tinham disponibilidade dos

serviços de estomatologia.

Gráfico 1 - Distribuição das especialidades ofertadas na rede de atenção, no Brasil e grandes regiões Avaliação externa do PMAQ - AB, 2º ciclo, 2013 (n = 18249



Fonte: Dados da avaliação externa do PmaqAB, 2013.

Quando as questões referentes a viabilidade financeira, 28,3% dos usuários entrevistados possuíam trabalho remunerado. A renda média familiar para 18,2% deles foi 1 a 3 salários, e 31,5% declaram receber bolsa família. O percentual de usuários que possuíam trabalho remunerado nas regiões sudeste, norte e nordeste, foi respectivamente 19,5 %, 28,3% e 29,1%, Já nas regiões centro-oeste (33,2%) e sul (43,9%). esse percentual foi maior .As regiões, norte (40,7%) e nordeste (50,3%) apresentam um maior percentual de indivíduos que declaram receber bolsa família. Nessas regiões também estão situadas as capitais com os maiores percentuais de beneficiários do programa (tabela 7), a saber, no norte; Rio Branco (34,1%) e Manaus (33,0%), e no nordeste; Teresina (53,9) e Maceió (43,8).Também são das regiões norte e nordeste, as capitais com os maiores percentuais de indivíduos que declaram renda média familiar menor que 1 salário mínimo, a saber, Rio Branco (20,4%) e Maceió (56,1%).

As questões relacionadas a aceitabilidade dos usuários entrevistados são demonstradas na tabela 8. Do total de usuários entrevistados no Brasil, 76,6% afirmaram que conseguiram

marcar atendimento com o dentista na unidade, 12,7% que não conseguiram e 6,8 % que nunca procuraram. A região com melhor desempenho nessa questão foi a nordeste (81,4 %) e a pior foi a região sudeste (70,7%) As capitais com maior número de indivíduos que não conseguem marcar atendimento com o dentista foram: Boa Vista (64,3%),Rio Branco (38,8%),São Luís (35,3%),Macapá (34,5%), e Natal (34,3%).

As respostas obtidas na pergunta se "o usuário sai do atendimento com a próxima consulta marcada ", mostram os menores percentuais de 'sim' para as regiões norte (48,5%) e nordeste (49,1%). Em algumas capitais das regiões norte e nordeste, mais de 50% dos usuários afirmaram não saírem do atendimento odontológico, com a próxima consulta agendada, como por exemplo Boa Vista (77,0%),Macapá (70,0%),Rio Branco (57,1%), São Luís (64,5%), Recife (61,0%), João Pessoa (53,5%), e Fortaleza (58,9%) (.tabela 8)

A maioria dos usuários afirmaram que ao procurarem o atendimento odontológico sem hora marcada são escutados, sempre (42,2%), ou quase sempre (15,9%), porém o percentual de usuários que responderam que não foram escutados é alto (41,7%). Nas regiões norte (58,1%) e nordeste (44,1%) esse valor foi maior que o percentual nacional.

Em diversas capitais esse percentual alcançou valores ainda mais altos.(tabela 8), como por exemplo em Maceió (100%), São Luís (64,7%), Manaus (64,3%), Porto Velho (57,0%), Porto Alegre (52%), Vitoria (50,6%), e no Distrito Federal (65,0%).

Quanto a satisfação a maioria dos entrevistados (tabela 9), afirmaram que o consultório odontológico é um local com privacidade (85,4%), que as suas instalações estão em boas condições de limpeza (85%), e que que os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso (81,%).

As capitais que apresentaram um maior percentual de usuários que afirmaram, que os equipamentos odontológicos não estão em boas condições de uso foram (tabela 9): Boa Vista (78,0%), Maceió (63,5%).

Quando questionados, sobre caso tivesse a opção mudariam de dentista ou unidade de saúde, 14, 6% dos usuários que responderam que ¨sim" e 85,4% que "não". Esse resultado foi semelhante ao das regiões, com exceção da região norte onde 20,3% declararam que se pudessem mudariam de dentista. Ao passo que algumas capitais apresentaram o percentual de usuários que mudariam de dentista, ainda maior como (tabela 9): Boa Vista (42,7), São Luís (39,2%), Teresina (34,2%) Macapá (27,3%), Natal (27,4%), Aracaju (24,8%), João Pessoa (23,9%) e Florianópolis (21,8%).

Tabela 3 - Características dos usuários entrevistados no 2º ciclo do PmaqAB, no Brasil, regiões geográficas e nas capitais, 2013

Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF	Nº usuários	Sexo		Média da idade	Cor			Alfabetizado	
		Masculino	Feminino		Branca	Preta	Parda	Não	Sim
Brasil	**114075**	**23150 (20,3)**	**90925 (79,7)**	**44,7**	**40953 (35,9)**	**14751 (12,9)**	**51529 (45,2)**	**8720 (7,6)**	**105306 (92,4)**
Norte	**8507**	**1756 (21,0)**	**6748 (79.0)**	**40,6**	**1256 (14,8)**	**904 (10,6)**	**5478 (64,4)**	**513 (6,0)**	**8239 (97,0)**
Porto Velho	243	33 (13,6)	210 (86,4)	40,1	65 (23,0)	56 (23,0)	90 (37,0)	5 (2.1)	198 (81,5)
Rio Branco	88	16 (18,2)	72 (81,8)	44,4	9 (17,0)	15 (17,0)	56 (63,6)	13 (14,8)	75 (85,2)
Manaus	609	89 (14,6)	520 (85,4)	41,3	97 (6,1)	37 (6,1)	454 (74,5)	14 (2,3)	593 (97,4)
Boa Vista	143	46 (32,2)	97 (67,8)	33,8	35 (9,8)	14 (9,8)	76 (53,1)	1 (0,7)	141 (98,6)
Belém	280	64 (22,9)	216 (77,1)	45,5	40 (12,1)	34 (12,1)	193 (68,9)	9 (3,2)	268 (95,7)
Macapá	260	41 (15,8)	219 (84,2)	45,6	43 (16,9)	44 (16,9)	158 (60,7)	20 (7,7)	240 (92,3)
Palmas	182	42 (23,1)	140 (76,9)	39,3	30 (18,7)	34 (18,7)	135 (74,2)	8 (4,4)	174 (96,5)
Nordeste	**39752**	**6050 (15,0)**	**33702 (85,0)**	**42,2**	**8903 (22,4)**	**5396 (13,6)**	**22741 (57,2)**	**4299 (10,8)**	**34493 (87,0)**
São Luís	285	55 (19,3)	230 (80,7)	40,3	18 (6,3)	17 (6,0)	52 (18,2)	12 (4,2)	202 (70,8)
Teresina	63	11 (17,5)	52 (82,5)	37,0	5 (7,9)	15 (23,8)	34 (54,0)	5 (7,9)	58 (92,5)
Fortaleza	273	36 (13,2)	237 (86,8)	44,2	92 (33,7)	23 (8,4)	155 (56,8)	14 (5,1)	259 (94,9)
Natal	428	53 (12,4)	375 (87,6)	44,0	106 (24,8)	56 (3,1)	241 (56,3)	21 (4,9)	406 (94,9)
João Pessoa	714	136 (19,0)	578 (81,0)	43,1	188 (26,3)	88 (12,3)	387 (54,2)	43 (6,0)	670 (93,9)
Recife	734	103 (14,0)	631 (86,0)	46,4	148 (20,2)	118 (16,1)	421 (57,4)	51 (7,0)	682 (92,9)
Maceió	89	12 (13,5)	77 (86,5)	41,3	18 (20,2)	17 (19,1)	52 (58,4)	7 (7,9)	82 (92,1)
Aracaju	308	63 (20,5)	245 (79,5)	43,6	56 (18,2)	67 (21,8)	167 (54,2)	20 (6,5)	242 (78,6)
Salvador	266	23 (8,6)	243 (91,4)	39,8	20 (7,5)	102 (38,3)	125 (47,0)	6 (2,3)	260 (97,7)
Tabela 3 (cont.)									
Sudeste	**39551**	**8714 (22,0)**	**30873 (78,0)**	**48,0**	**15766 (39,9)**	**6093 (15,4)**	**15942 (40,3)**	**2515 (6,4)**	**37059 (94,0)**
Belo Horizonte	2245	514 (22,9)	1731 (77,1)	50,4	760 (33,9)	390 (17,4)	1019 (45,4)	112 (5,0)	2126 (94,7)

Vitoria	308	75 (24,4)	233 (75,6)	45,6	77 (25,9)	59 (19,2)	157 (51,0)	10 (3,2)	296 (96,1)
Rio de Janeiro	2440	470 (19,3)	1970 (80,7)	46,9	771 (31,6)	536 (21,9)	1023 (41,9)	773,2)	2364 (96,8)
São Paulo	4083	898 (22,0)	3185 (78,0)	49,2	1590 (38,9)	554 (13,6)	1798 (44,0)	216 (5,3)	3863 (94,6)
Sul	**17298**	**4550 (26,0)**	**12718 (74,0)**	**48,0**	**12061 (69,7)**	**1316 (7,6)**	**3119 (18,0)**	**643 (3,7)**	**16636 (96,0)**
Curitiba	882	207 (23,5)	675 (76,5)	47,2	593 (67,2)	82 (9,3)	184 (20,9)	20 (2,3)	862 (97,7)
Florianópolis	424	147 (34.7)	277 (65,3)	48,7	304 (71,7)	53 (12,5)	38 (9,0)	16 (3,8)	407 (96,00
Porto Alegre	520	105 (20,2)	415 (79,8)	48,1	327 (62,9)	91 (17,5)	86 (16,5)	8 (1,5)	511 (98,3)
Centro-oeste	**8967**	**2083 (23,0)**	**6884 (77,0)**	**44,6**	**2967 (33,0)**	**1042 (12,0)**	**4249 (47,0)**	**750 (8,0)**	**8279 (92,0)**
Campo Grande	300	76 (25,3)	224 (74,7)	48,1	138 (46,0)	38 (12,7)	116 (38,7)	10 (3,3)	289 (96,3)
Cuiabá	242	52 (21,5)	190 (78,5)	41,6	42 (17,4)	42 (17,4)	138 (57,0)	13 (5,4)	229 (94,6)
Goiânia	628	124 (19,7)	504 (80,3)	46,9	158 (25,2)	79 (12,6)	313 (49,8)	33 (5,3)	594 (94,6)
Distrito Federal	333	62 (18,6)	271 (81,4)	41,9	90 (27,0)	44 (13,2)	177 (53,2)	16 (4,8)	317 (95,2)

Nota: Valores expressos em n (%); DF-Distrito Federal

*não foram considerados os usuários que se autodeclararam indígenas

**Os níveis de escolaridade foram modificados para alfabetizados (sabem ler e escrever) ou não alfabetizados

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2013

Tabela 4 - Distribuição percentual de usuários entrevistados no PMAQ-AB o critério ter realizado consulta com os profissionais da odontologia nas unidades básicas de saúde cadastradas no programa. Brasil e Regiões Geográficas, capitais e DF 2013.

Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF.	Nº usuários	O senhor já passou por consulta odontológica com os profissionais da ESB?	
		Sim	Não
Brasil	**114075**	**37270 (32,5)**	**77497 (67,5)**
Norte	**8507**	**2452 (28,8)**	**6055 (71,2)**
Porto Velho	243	73 (31,2)	167 (68,7)
Rio Branco	88	18 (20,4)	70 (79,5)
Manaus	609	129 (21,2)	480 (78,8)
Boa Vista	143	14 (9,8)	129 (90,2)
Belém	280	9 (3,2)	271 (96,8)
Macapá	260	55 (21,1)	205 (78,8)
Palmas	182	89 (48,9)	93 (51,1)
Nordeste	**40435**	**15798 (39,5)**	**24637 (61,8)**
São Luís	285	51 (17,8)	234 (82,1)
Teresina	63	38 (60,3)	25 (39,7)
Fortaleza	273	65 (23,8)	208 (76,2)
Natal	428	215 (50,23)	213 (49,77)
Joao Pessoa	714	373 (52,2)	341 (47,8)
Recife	734	274 (37,3)	460 (62,7)
Maceió	89	8 (9,0)	81 (91,01)
Aracaju	308	149 (48,3)	159 (51,6)
Salvador	266	43 (16,1)	223 (83,8)
Sudeste	**39551**	**10627 (26,9)**	**28924 (73,1)**
Belo Horizonte	2245	711 (31,7)	1534 (68,3)
Vitória	308	174 (56,5)	134 (43,5)
Rio de Janeiro	2443	484 (19,1)	1959 (80,2)
São Paulo	4083	1016 (24,9)	3067 (75,1)
Sul	**17298**	**6028 (34,8)**	**11279 (65,1)**
Curitiba	882	401 (45,5)	481 (54,5)
Florianópolis	424	193 (45,52)	231 (54,5)
Porto Alegre	520	125 (24,0)	395 (76,0)
Centro-oeste	**8987**	**2365 (26,4)**	**6602 (73,6)**
Campo Grande	300	152 (50,7)	148 (49,3)
Cuiabá	242	7 (2,89)	235 (97,1)
Goiânia	628	104 (16,6)	524 (83,4)
Distrito Federal	333	40 (12,0)	293 (88,0)

Nota: Valores expressos em n (%); DF-Distrito Federal Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo,2013

Tabela 5 - Disponibilidade dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde segundo as ESB entrevistadas no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, regiões geográficas, capitais e DF

Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF	A ESB atua em quantas ESF?			A agenda de atendimento garante consultas:			A ESB garante de retorno para a continuidade do tratamento?		Qual é a modalidade da ESB ?	
	Nº ESB	1	2	>3	AG	DE	AG e DE	Sim	Não	Tipo I	Tipo II
Brasil	**18249**	**15473 (84,8)**	**2075 (11,4)**	**701 (3,8)**	**815 (4,5)**	**1598 (8,7)**	**16245 (89,0)**	**16737 (91,7)**	**1506 (8,3)**	**14252 (78,1)**	**1949 (10,7)**
Norte	**1291**	**1140 (88,3)**	**121 (9,4)**	**30 (2,3)**	**309 (23,9)**	**441 (34,2)**	**1096 (84,9)**	**1123 (86,9)**	**181 (14,0)**	**1033 (89,6)**	**111 (9,6)**
Porto Velho	54	52 (96,3)	1 (3,7)	2 (3,7)	2 (3,7)	2 (3,7)	50 (92,6)	53 (98,1)	1 (1,8)	15 (93,7)	1 (6,2)
Rio Branco	9	6 (66,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	7 (87,5)	1 (12,5)	5 (71,4)	2 (28,6)
Manaus	73	70 (97,2)	1 (1,4)	0 (0,0)	9 (12,5)	1 (1,4)	62 (86,1)	73 (100,0)	0 (0,0)	55 (84,6)	10 (15,3)
Boa Vista	6	3 (46,6)	3 (53,8)	0 (0,0)	4 (66,6)	1 (16,6)	1 (16,6)	2 (33,3)	4 (66,6)	6 (100,0)	0,0
Belém	6	1 (20,0)	4 (66,6)	3 (60,)	1 (16,6)	0 (0,0)	4 (80,0)	4,0 (80,0)	1 (20,0)	5 (100,0)	0,0
Macapá	3	2 (66,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,6)	2,0 (6,6)	0 (0,0)	11 (84,6)	2 (15,4)
Palmas	41	38 (95)	0 (0,0)	3 (7,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (100,0)	41 (100,0)	0 (0,0)	27 (93,1)	2 (6,9)
Nordeste	**7773**	**7079 (91,0)**	**589 (7,6)**	**105 (1,3)**	**247 (3,2)**	**623 (8,0)**	**6939 (89,3)**	**6806 (87,5)**	**913 (11,7)**	**6856 (93,6)**	**442 (6,03)**
São Luís	24	6 (25,0)	10 (41,6)	9,0 (37,5)	1 (4,2)	2 (8,3)	22 (91,6)	17 (70,8)	8 (33,3)	17 (85,0)	2 (10,0)
Teresina	15	15 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (100,0)	15 (100,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	0 (0,0)
Fortaleza	24	19 (79,2)	1 (5,2)	3,0 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	22 (91,6)	22 (91,6)	2,0 (8,3)	13 (72,2)	5 (27,7)
Natal	84	70 (83,3)	8,0 (9,5)	4,0 (4,7)	6 (7,1)	5 (5,9)	74 (88,1)	76 (90,5)	9 (10,7)	28 (82,3)	6 (17,6)
João Pessoa	175	170 (97,1)	3,0 (5,2)	0 (0,0)	2 (1,1)	42 (24,0)	130 (74,3)	137 (78,3)	37 (21,1)	93 (96,8)	3 (3,1)
Recife	126	45 (35,7)	78 (61,9)	3 (2,4)	9 (7,1)	4 (3,2)	113 (89,6)	103 (81,7)	23 (18,2)	65 (73,8)	23 (26,1)
Maceió	25	9 (36,0)	!6 (64,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	3 (12,0)	20 (80,0)	25 (100,0)	0 (0,0)	9 (81,8)	2 (18,2)
Aracaju	23	6 (26,1)	6 (39,1)	8 (34,9)	0 (0,0)	1 (4,3)	22 (95,6)	23 (91,3)	2 (8,7)	18 (100,0)	0 (0,0)
Salvador	32	13 (40,6)	20 (62,5)	0,0	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (100,0)	32 (100,0)	1 (3,1)	100,0	0 (0,0)

Tabela 5 (cont.)

Sudeste	**5040**	**3787 (65,2)**	**859 (68,5%)**	**394 (7,8)**	**137 (2,71)**	**250 (5,0)**	**4672 (92,7)**	**4940 (98,0)**	**119 (2,4)**	**3398 (78,9)**	**820 (19,10)**
Belo Horizonte	287	47 (16,4)	198 (68,9)	28,0 (9,7)	3 (1,0)	15 (5,2)	269 (93,7)	287 (100,0)	0 (0,0)	49 (34,5)	91 (64,0)
Vitoria	48	33 (68,7)	14 (29,1)	1,0 (2,1)	1 (2,1)	1,0 (2,1)	46 (95,8)	44 (91,6)	4 (8,3)	19 (86,3)	3 (13,6)
Rio de Janeiro	235	11 (4,7)	132 (56,1)	73 (31,1)	9 (3,8)	11 (4,7)	201 (85,5)	218 (92,7)	3 (1,3)	38 (33,6)	74 (65,5)
São Paulo	237	26 (10,9)	78 (32,9)	132 (55,7)	10 (4,2)	7 (2,5)	215 (90,7)	236 (99,5)	0 (0,0)	62 (82,4)	83 (14,7)
Sul	**2562**	**1997 (77,9)**	**415 (16,2)**	**150 (5,8)**	**56 (2,2)**	**142 (5,9)**	**2376 (92,7)**	**2364 (92,3)**	**210 (8,2)**	**1821 (79,3)**	**423 (18,4)**
Curitiba	183	110 (60,1)	25 (13,6)	48 (26,2)	4 (2,2)	12 (6,5)	167 (91,2)	182 (99,4)	1 (0,5)	21 (42,1)	32 (56,5)
Florianópolis	56,0	13 (23,2)	21 (37,5)	13 (23,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	56 (100,0)	47 (83,9)	0 (0,0)	33 (29,5)	4 (45,1)
Porto Alegre	47,0	28 (55,3)	22 (46,8)	8 (17,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	47 (100,0)	56 (119,1)	0 (0,0)	15 (89,1)	31 (10,8)
Centro-oeste	**1583**	**1470 (92,9)**	**91 (5,7)**	**22 (1,4)**	**66 (4,2)**	**129 (8,1)**	**1162 (73,4)**	**1504 (95,0)**	**83 (5,2)**	**1144 (80.4)**	**153 (10,7)**
Campo Grande	74	74 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	5 (6,8)	68 (91,9)	33 (98,6)	1 (1,3)	33 (30,6)	41 (63,3)
Cuiabá	1	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Goiânia	69	60 (86,9)	6 (8,7)	3 (4,3)	0 (0,0)	1 (1,4)	69, (98,5)	67 (97,1)	2 (2,9)	43 (62,3))	0 (0,0)
Distrito Federal	26	21 (80,7)	3 (11,5)	2 (7,7)	0,0	1 (3,8)	25 (96,1)	25 (96,1)	1 (3,6)	14 (76,5)	9 (14,7)

Nota: Valores expressos em n (%)**;** DF-Distrito Federal; ESB- Equipes de Saúde Bucal;AG-consultas agendadas;AE- Consultas de demanda espontânea-

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo,2013

Tabela 6 - Disponibilidade de consultas especializadas em saúde bucal segundo as ESBs entrevistadas no 2ºciclo do PmaqAB, no Brasil, Regiões Geográficas, capitais e DF, 2013.

Brasil, Regiões e Capitais	A ESB oferta de consultas especializadas?		Cirurgia Oral	Endodontia	Pacientes com necessidades especiais	Periodontia	Estomatologia	Radiologia
	Sim	Não						
Brasil	**13726 (74,5)**	**4631 (23,4)**	**12382 (67,9)**	**11187 (61,3)**	**11315 (62,0)**	**10955 (60,0)**	**8405 (46,1)**	**9269 (50,8)**
Norte	**763 (59,1)**	**541 (49,4)**	**666 (51,6)**	**599 (43,4)**	**585 (45,3)**	**600 (46,5)**	**280 (21,7)**	**446 (34,5)**
Porto Velho	49 (90,7)	5 (9,3)	48 (88,9)	48 (88,8)	43 (79,6)	47 (87,0)	4 (7,4)	35 (64,8)
Rio Branco	7 (87,5)	1 (12,5)	7 (87,5)	7 (87,5)	6 (75,0)	7 (87,5)	5 (62,5)	3 (37,5)
Manaus	67 (93,06)	5 (6,9)	67 (93,0)	66 (91,7)	67 (93,1)	66 (91,7)	23 (31,9)	16 (22,2)
Boa Vista	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Belém	6 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	5 (100,0)	5 (100,0)	40 (80,0)	3 (60,0)	4 (80,0)
Macapá	2 (6,7)	1 (33,3)	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (6,7)
Palmas	39 (97,5)	1 (2,5)	39 (97,5)	39 (97,5)	39 (97,5)	39 (97,5)	38 (95,0)	39 (97,5)
Nordeste	**5596 (72,0)**	**2237 (28,7)**	**5041 (64,9)**	**4479 (57,6)**	**4445 (57,2)**	**4451 (58,5)**	**3170 (40,8)**	**4113 (52,9)**
São Luís	19 (79,2)	6 (25,0)	18 (75,0)	18 (75,0)	17 (70,8)	19 (79,2)	12 (50,0)	17 (70,8)
Teresina	14 (93,3)	1 (6,7)	13 (86,6)	14 (93,3)	12 (80,0)	14 (93,3)	9 (60,0)	12 (80.0)
Fortaleza	23 (95,8)	1 (4,2)	23 (95,8)	23 (95,8)	23 (95,8)	23 (95,8)	23 (95,8)	23 (95,8)
Natal	70 (83,3)	15 (17,9)	66 (78,6)	67 (79,7)	41 (48,8)	66 (78,6)	38 (45,2)	63 (75,0)
João Pessoa	169 (96,6)	5 (2,9)	167 (95,4)	167 (95,4)	161 (92,0)	165 (94,3)	147 (84,0)	168 (96,0)
Recife	121 (96,0)	5 (4,0)	116 (92,1)	121 (96,0)	109 (86,5)	121 (96,0)	116 (92,0)	112 (88,9)
Maceió	24 (96,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	24 (96,0)	23 (92,0)	24 (96,0)	24 (96,0)	24 (96,0)
Aracaju	22 (95,6)	1 (4,4)	22 (95,6)	22, (95,6)	21 (91,3)	22 (95,6)	16 (69,5)	21 (91,3)
Salvador	32 (100,0)	1 (3,2)	32 (100,0)	32 (100,0)	30 (93,7)	32 (100,0)	22 (68,7)	18 (56,2)
Sudeste	**4217 (83,7)**	**842 (16,7)**	**3857 (76,5)**	**3650 (72,1)**	**3634 (72,1)**	**3436 (68,2)**	**3014 (59,8)**	**2722 (54,0)**
Belo Horizonte	287 (100,0)	0 (0,0)	286 (99,6)	286 (99,6)	286 (99,6)	287 (100,0)	286 (99,6)	276 (96,2)
Vitoria	48 (100,0)	0 (0,0)	48 (100,0)	48 (100,0)	100,0	48 (100,0)	33 (68,7)	43 (89,6)
Rio de Janeiro	217 (92,3)	4 (1,7)	214 (91,0)	212 (90,21)	85,1	214 (91,0)	212 (90,2)	153 (65,1)
São Paulo	234 (98,7)	0 (0,0)	232 (97,9)	233 (98,3)	98,7	232 (97,9)	231 (97,4)	213 (89,8)

Tabela 6cont.)

Sul	**2149 (83,9)**	**425 (16,6)**	**1936 (75,6)**	**1693 (65,7)**	**1863 (72,7)**	**1688 (65,8)**	**1430 (55,8)**	**1396 (54,5)**
Curitiba	180 (98,4)	3 (1,6)	180 (98,4)	180 (98,3)	180 (98,3)	180 (98,3)	177 (96,7)	179 (97,8)
Florianópolis	47 (83,9)	0 (0,0)	47 (83,9)	47 (83,9)	47 (83,9)	47 (83,9)	47 (83,9)	44 (78,6)
Porto Alegre	56 (99,0)	0 (0,0)	98 (98,	56 (98,0)	99,0	56 (99,0)	55 (99,0)	56 (99,0)
Centro -oeste	**1001 (63,2)**	**586 (37,0)**	**882 (55,7)**	**766 (48,4)**	**788 (49,7)**	**780 (49,3)**	**511 (32,28)**	**592 (37,4)**
Campo Grande	69 (93,2)	5 (6,7)	59 (93,2)	68 (91,8)	68 (91,9)	68 (91,8)	68 (91,9)	68 (91,8)
Cuiabá	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Goiânia	64 (92,8)	5 (7,2)	53 (91,3)	63 (91,3)	64 (92,7)	64 (92,7)	57 (82,6)	44 (63,7)
Distrito Federal	25 (96,1)	1 (3,8)	25 (96,1)	25 (96,1)	24 (92,3)	24 (92,3)	24 (92,3)	18 (69,3)

Nota: Valores expressos em n (%)**;** DF-Distrito Federal; ESB- Equipes de Saúde Bucal

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo,2013

Tabela 7 - Viabilidade financeira dos usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013

Brasil, Regiões Geográficas, capitais e DF	O senhor trabalha?		O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?			O senhor é beneficiário do Bolsa Família?	
	Sim	Não	<1 salário mínimo	1 a 3 salários	>4salários mínimos	Sim	Não
Brasil	**32272 (28,3)**	**61699 (54,1)**	**9203 (8,1)**	**20785 (18,2)**	**1022 (0,9)**	**35885 (31,5)**	**777842**
Norte	**2410 (28,3)**	**4582 (53,1)**	**795 (9,0)**	**1662 (20,0)**	**19 (0,2)**	**3464 (40,7)**	**5021 (59,0)**
Porto Velho	66 (27,5)	177 (72,8)	8 (3,3)	49 (20,2)	1 (0,4)	53 (21,8)	188 (77,4)
Rio Branco	50 (56,8)	79 (89,7)	18 (20,4)	11 (12,5)	1 (1,1)	30 (34,1)	58 (65,9)
Manaus	188 (30,9)	421 (69,1)	36 (5,9)	127 (20,8)	3 (0,5)	201 (33,0)	408 (66,9)
Boa Vista	66 (46,2)	77 (53,8)	14 (9,8)	39 (27,30	1 (0,7)	26 (18,2)	115 (80,4)
Belém	95 (33,9)	185 (66,1)	32 (11,4)	54 (19,3)	0 (0,0)	79 (28,2)	200 (71,4)
Macapá	78 (30,0)	182 (70,0)	12 (4,6)	50 (19,2)	0 (0,0)	64 (24,6)	194 (74,6)
Palmas	88 (48,3)	94 (51,6)	7 (3,8)	64 (35,2)	4 (2,2)	27 (14,8)	155 (85,1)
Nordeste	**11566 (29,1)**	**26578 (66,8)**	**3928 (10,0)**	**5264 (13,0)**	**893 (2,2)**	**20002 (50,3)**	**19614 (49,3)**
São Luís	96 (33,7)	189 (66,3)	29 (10,2)	51 (17,9)	0 (0,0)	121 (42,4)	64 (57,5)
Teresina	34 (53,9)	37 (46,1)	5 (7,9)	17 (26,9)	0 (0,0)	34 (53,9)	29 (46,0)
Fortaleza	96 (35,1)	179 (65,6)	28 (10,3)	62 (22,7)	0 (0,0)	112 (41,0)	160 (58,6)
Natal	129 (30,1)	299 (69,9)	37 (8,6)	82 (19,1)	0 (0,0)	130 (30,4)	296 (69,1)
João Pessoa	227 (31,8)	487 (68,2)	64 (8,9)	146 (20,4)	0 (0,0)	264 (36,9)	446 (62,4)
Recife	169 (23,0)	565 (77,0)	50 (6,8)	93 (12,6)	0 (0,0)	259 (35,2)	467 (63,6)
Maceió	25 (28,09)	64 (72,0)	50 (56,1)	19 (21,3)	0 (0,0)	39 (43,8)	50 (56,2)
Aracaju	106 (34,4)	202 (65,6)	20 (6,5)	69 (22,4)	1 (0,3)	93 (30,2)	214 (69,4)
Salvador	63 (23,7)	203 (76,3)	21 (7,8)	28 (10,5)	1 (0,4)	108 (40,6)	158 (59,3)
Sudeste	**7717 (21,7)**	**18276 (51,4)**	**2590 (7,0)**	**6347 (16,0)**	**46 (0,1)**	**7965 (20,1)**	**31455 (79,5)**
Belo	810 (36,1)	1435 (63,9)	21 (4,9)	28 (28,1)	1 (0,1)	297 (13,2)	1941 (86,4)
Vitoria	131 (42,5)	177 (57,5)	21 (6,8)	99 (32,1)	0 (0,0)	53 (17,2)	254 (82,4)
Rio de	890 (34,8)	1553 (63,6)	130 (5,3)	697 (28,5)	1 (0,0)	533 (21,8)	1900 (77,7)
São Paulo	1230 (30,1)	2853 (69,8)	252 (6,2)	835 (20,4)	11 (0,3)	616 (15,1)	3458 (84,7)
Sul	**7603 (43,9)**	**9668 (55,9)**	**1199 (7,0)**	**5421 (31,0)**	**49 (0,2)**	**2469 (14,3)**	**14768 (85,4)**
Curitiba	374 (42,4)	308 (34,9)	49 (5,5)	303 (34,3)	6 (0,7)	74 (8,4)	804 (91,1)
Florianópolis	217 (51,2)	207 (48,8)	24 (5,6)	150 (35,4)	8 (1,8)	23 (5,4)	401 (94,6)
Porto Alegre	217 (41,7)	303 (58,2)	36 (6,9)	167 (32,1)	0 (0,0)	113 (21,7)	407 (78,3)
Centro-	**2976 (33,2)**	**2595 (28,9)**	**691 (8,0)**	**2091 (23,0)**	**15 (0,2)**	**1982 (22,0)**	**6957 (78,0)**
Campo	100 (33,3)	200 (66,7)	26 (8,6)	69 (23,0	0 (0,0)	57 (19,0)	243 (81,0)
Cuiabá	124 (51,2)	118 (48,8)	32 (13,2)	85 (35,1)	1 (0,4)	68 (28,1)	173 (71,5)
Goiânia	247 (39,3)	281 (44,7)	153 (8,6)	421 (24,3)	0 (0,0)	82 (13,0)	543 (86,4)
DF	140 (42,0)	193 (58,0)	20 (6,0)	85 (25,5)	7 (2,1)	78 (23,4)	274 (82,3)

Nota: Valores expressos em n (%); DF-Distrito Federa Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo,2013

*Não foram considerados os usuários que não informaram a renda.

Tabela 8 - Aceitabilidade segundo os usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013

Brasil, Regiões Geográficas e capitais e DF	O (a) senhor (a) consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde?			O (a) senhor (a) já sai do atendimento com a próxima consulta agendada?		Quando o senhor (a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?		
	Sim	Não	Nunca Procurou	Sim	Não	Sim, sempre	Algumas vezes	Não
Brasil	28574 (76,6)	4758 (12,7)	3938 (10,6)	17529 (61,3)	11045 (38,6)	15733 (42,2)	5826 (15,9)	15711 (41,7)
Norte	**1898 (77,4)**	**387 (15,8)**	**167 (6,8)**	**912 (48,5)**	**987 (52,0)**	**760 (40,0)**	**422 (17,2)**	**1270 (51,8)**
Porto Velho	41 (53,9)	16 (21,0)	19 (25,0)	27 (65,8)	14 (18,92)	24 (31,6)	8 (10,5)	44 (57,0)
Rio Branco	7 (38,9)	7 (38,88)	4 (22,2)	3 (42,8)	4 (57,1)	5 (27,7)	4 (22,2)	9 (50,0)
Manaus	99 (76,7)	22 (17,1)	8 (2,32)	81 (81,8)	18 (18,2)	30 (23,3)	16 (12,4)	83 (64,3)
Boa Vista	4 (28,5)	9 (64,3)	1 (7,1)	1 (25,0)	3 (77,0)	1 (7,14)	4 (28,6)	9 (64,3)
Belém	9 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (55,5)	4 (44,4)	4 (44,4)	2 (22,2)	3 (33,3)
Macapá	30 (54,5)	19 (34,5)	6 (10,9)	9 (30,0)	21 (70,0)	15 (27,3)	8 (14,5)	32 (58,2)
Palmas	60 (67,4)	15 (14,6)	16 (17,97)	55 (91,7)	5 (5,6)	45 (50,6)	21 (23,6)	25 (28,1)
Nordeste	**12827 (81,4)**	**1639 (10,4)**	**1324 (8,4)**	**6405 (49,9)**	**6422 (50,2)**	**6169 (39,1)**	**2528 (17,1)**	**7101 (44,9)**
São Luís	31 (60,8)	18 (35,3)	2 (3,9)	11 (35,5)	20 (64,5)	8 (15,7)	10 (19,6)	33 (64,7)
Teresina	23 (60,5)	6 (15,8)	9 (23,7)	21 (91,3)	2 (5,26)	13 (34,2)	7 (18,4)	18 (47,4)
Fortaleza	52 (80,0)	9 (13,8)	4 (6,2)	29 (74,4)	23 (58,9)	17 (26,1)	24 (39,9)	21 (32,3)
Natal	122 (32,1)	76 (34,3)	17 (7,9)	69 (56,5)	53 (43,44)	73 (33,9)	46 (21,4)	96 (44,6)
João Pessoa	284 (70,1)	52 (13,9)	37 (9,9)	132 (46,5)	152 (53,5)	124 (33,24)	101 (27,1)	148 (39,7)
Recife	208 (79,9)	41 (19,7)	25 (9,1)	81 (39,9)	127 (61,0)	87 (31,7)	49 (17,88)	138 (50,36)
Maceió	7 (87,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	6 (85,7)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Aracaju	95 (63,7)	27 (18,1)	27 (18,1)	44 (46,3)	51 (53,7)	46 (30,8)	21 (14,1)	82 (55,0)
Salvador	31 (72,1)	6 (13,9)	6 (14,0)	17 (54,8)	14 (45,2)	21 (48,8)	5 (11,6)	17 (39,5)
Sudeste	**7514 (70,7)**	**1584 (14,9)**	**1529 (14,1)**	**6161 (82,0)**	**1353 (18,0)**	**4820 (45,3)**	**1524 (14,34)**	**4283 (40,3)**
Belo Horizonte	309 (43,4)	181 (25,3)	221 (31,1)	268 (86,7)	41 (13,2)	236 (33,2)	101 (14,2)	334 (46,9)
Vitoria	121 (69,5)	31 (17,8)	22 (12,6)	69 (57,0)	52 (42,9)	56 (32,1)	30 (17,2)	88 (50,6)
Rio de Janeiro	244 (30,4)	143 (29,5)	97 (20,0)	197 (80,7)	47 (19,3)	195 (40,3)	75 (15,5)	214 (44,2)
São Paulo	518 (51,1)	234 (23,0)	264 (25,9)	424 (81,8)	94 (9,2)	411 (40,45)	122 (12,0)	483 (47,5)
Sul	**4481 (74,3)**	**860 (14,3)**	**687 (11,4)**	**2652 (59,2)**	**1829 (40,8)**	**2950 (48,9)**	**981 (16,3)**	**2097 (34,7)**
Curitiba	219 (54,6)	71 (17,7)	111 (2,7)	170 (77,6)	49 (12,2)	149 (37,1)	58 (14,5)	194 (48,4)
Florianópolis	170 (88,1)	11 (5,7)	12 (7,4)	108 (63,5)	62 (32,1)	88 (45,6)	53 (27,5)	52 (26,9)
Porto Alegre	82 (65,6)	23 (18,4)	20 (16,0)	72 (87,8)	10 (12,2)	44 (35,2)	16 (12,8)	65 (52,0)
Centro- oeste	**1854 (78,4)**	**286 (12,1)**	**225 (9,5)**	**1399 (75,5)**	**455 (24,5)**	**1034 (44,5)**	**371 (13,4)**	**960 (40,6)**
Campo Grande	125 (182,2)	8 (5,26)	19 (12,5)	102 (81,6)	23 (12,2)	67 (44,1)	17 (11,2)	68 (44,7)
Cuiabá	5 (71,4)	2 (28,6)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	3 (41,9)	2 (28,6)	2 (28,6)
Goiânia	66 (63,5)	18 (17,3)	20 (19,2)	50 (75,8)	16 (24,2)	44 (43,3)	17 (16,3)	43 (41,3)
DF	18 (45,0)	11 (27,5)	11 (27,5)	13 (72,2)	5 (27,7)	9 (22,5)	5 (12,5)	26 (65,0)

Nota: Valores expressos em n (%); DF-Distrito Federal Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013

Tabela 9 - Aceitabilidade, respeito e satisfação segundo os usuários dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde entrevistados no 2ºCiclo do PMAQ-AB, no Brasil, Regiões Geográficas, Capitais e DF, 2013

Brasil, Regiões e capitais.	O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?		O (a) senhor (a) acha que as instalações do consultório odontológico, estão em boas condições		O (a) senhor (a) acha que os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso?		Caso o (a) senhor (a) tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Brasil	34742 (93,2)	2404 (4,6)	35301 (85,0)	1967 (5,2)	30116 (81,9)	71547 (17,5)	5428 (14,6)	31842 (85,4)
Norte	**2310 (94,1)**	**121 (4,9)**	**2206 (89,9)**	**255 (10,4)**	**2008 (82,0)**	**444 (18,2)**	**497 (20,3)**	**1955 (79,7)**
Porto Velho	67 (88,2)	9 (11,8)	66 (86,8)	10 (13,2)	57 (75,0)	19 (25,0)	12 (15,7)	64 (84,2)
Rio Branco	17 (94,4)	1 (5,5)	17 (94,4)	1 (5,5)	14 (77,7)	4 (22,2)	2 (11,1)	16 (88,9)
Manaus	120 (93,0)	9 (7,0)	124 (96,1)	5 (3,9)	106 (82,1)	23 (17,8)	18 (13,9)	111 (86,0)
Boa Vista	10 (71,4)	4 (28,6)	10 (71,4)	4 (28,6)	3 (21,4)	11 (78,6)	6 (42,9)	8 (52,1)
Belém	9 (100,0)	0 (0,0)	7 (77,7)	2 (22,2)	5 (55,5)	4 (44,4)	0 (0,0)	9 (100,0)
Macapá	47 (85,6)	7 (12,7)	37 (67,3)	18 (32,7)	37 (67,3)	18 (32,7)	15 (27,3)	40 (72,7)
Palmas	86 (96,6)	3 (3,4)	84 (94,4)	5 (5,6)	68 (76,4)	21 (23,6)	16 (18,0)	73 (82,0)
Nordeste	**15140 (95,1)**	**650 (4,1)**	**14805 (93,7)**	**985 (6,3)**	**11440 (72,4)**	**4358 (27,5)**	**2159 (13,6)**	**13639 (86,4)**
São Luís	50 (98,0)	1 (2,0)	41 (80,4)	10 (19,6)	32 (62,7)	19 (37,3)	20 (39,2)	31 (60,8)
Teresina	33 (86,8)	4 (10,5)	37 (99,4)	1 (2,6)	33 (86,8)	5 (13,1)	13 (34,2)	25 (65,3)
Fortaleza	58 (89,2)	7 (70,7)	61 (93,8)	4 (6,1)	56 (86,1)	9 (13,8)	8 (13,3)	57 (87,7)
Natal	193 (89,7)	21 (9,7)	176 (81,9)	39 (18,1)	123 (52,2)	92 (43,2)	59 (27,4)	156 (72,5)
João Pessoa	343 (91,9)	27 (7,8)	335 (89,8)	38 (10,2)	249 (67,7)	124 (33,2)	89 (23,9)	234 (76,1)
Recife	247 (90,1)	26 (9,48)	252 (91.9)	22 (8,02)	209 (76,3)	65 (22,9)	33 (12,0)	241 (87,9)
Maceió	8 (100,0)	0 (0,0)	7 (87,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	5 (62,5)	0 (0,0)	8 (100,0)
Aracaju	125 (83,9)	22 (14,8)	133 (82,2)	16 (10,7)	105 (70,40	44 (29.5)	37 (24,8)	12 (75,2)
Salvador	42 (97,6)	1 (2,32)	36 (83,7)	7 (16,2)	31 (72,1)	12 (27,9)	6 (13,9)	37 (86,0)
Sudeste	**9843 (92,6)**	**702 (6,6)**	**10231 (96,3)**	**396 (15,1)**	**9549 (91,7)**	**1078 (10,1)**	**1510 (14,2)**	**9117 (85,7)**
Belo Horizonte	543 (76,37)	159 (22,36)	684 (96,2)	27 (3,79)	626 (88,0)	85 (11,9)	127 (17,9)	584 (82,1)
Vitoria	135 (77,5)	39 (22,4)	170 (97,7)	4 (2,3)	164 (94,2)	10 (5,7)	33 (19,0)	141 (81,0)
Rio de Janeiro	423 (97,4)	57 (11,17)	476 (98,3)	8 (1,7)	454 (93,8)	30 (6,2)	82 (16,9)	402 (83,1)
São Paulo	926 (91,1)	80 (7,9)	997 (98,1)	19 (1,87)	917 (90,2)	99 (9,7)	154 (14,2)	862 (84,8)
Sul	**5225 (86,7)**	**803 (13,3)**	**5819 (96,5)**	**206 (3,4)**	**5311 (88,1)**	**717 (11,9)**	**917 (15,2)**	**5111 (84,8)**
Curitiba	235 (58,6)	162 (40,4)	384 (97,7)	17 (4,2)	371 (92,5)	30 (7,5)	70 (17,4)	331 (82,5)
Florianópolis	183 (94,8)	7 (3,6)	192 (99,5)	1 (0,5)	178 (92,2)	15 (7,7)	42 (21,8)	151 (78,2)
Porto Alegre	112 (89,6)	12 (9,6)	122 (97,6)	3 (2,4)	119 (95,2)	(6,0)4,8	17 (13,6)	108 (86,4)
Centro- oeste	**2224 (94,0)**	**128 (5,4)**	**2240 (94,7)**	**125 (5,3)**	**1808 (76,4)**	**557 (15,1)**	**335 (14,1)**	**2010 (85,8)**
Campo Grande	92 (60,5)	60 (39,5)	145 (95,4)	7 (4,6)	147 (96,7)	5 (3,3)	11 (7,2)	141 (92,7)
Cuiabá	100,0	0,0	6 (87,7)	1 (14,3)	4 (57,1)	3 (42,8)	1 (14,3)	6 (85,7)
Goiânia	100 (96,1)	4 (3,94)	99 (95,2)	5 (4,8)	82 (78,8)	22 (21,1)	17 (16,3)	87 (83,6)
Distrito Federal	37 (92,5)	3 (7,5)	39 (97,5)	1 (2,5)	34 (85,0)	6 (15,0)	7 (17,0)	33 (82,0)

4.2 Resultados da segunda etapa: explorando as diferentes dimensões do acesso no município do Rio de Janeiro

4.2.1 Resultados dos roteiros estruturados usuários

Foram entrevistados 60 usuários, dos quais 13, abordados na AP 2.2, e 47, na AP 5. 3 Dos 60 usuários entrevistados, 79% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 42 ± 9 anos. Em relação ao gênero, em ambas s áreas houve predomínio do sexo feminino, AP2 (69%), enquanto AP5.3 (96%).O grupo de usuários da AP2.2 constituído por indivíduos mais velhos (56 ± 14 anos) do que o da AP5.3 (45 ±14 anos,). (tabela 10)

Houve predomínio de indivíduos que se disseram de cor parda, em ambos os grupos, sendo na AP2.2 (53,8%),e AP5.3. ((51,1%), A média de moradores por domicílio foi de 3 (2 – 4). (Tabela 10)

Tabela 10- Características demográfica e socioeconômicas dos usuários entrevistados nas AP22 e AP5.3 no município do Rio de Janeiro, 2019**.**

	AP2.2 (n=13)	AP5.3 (n=47)	Total
Idade (anos)	56 ± 14	45 ± 14	
Gênero			
Masculino	4 (31,0)	2 (4,0)	6
Feminino	9 (69,0)	45 (96,0)	54
Cor			
Branca	4 (31,0)	6 (13,0)	10
Preta	1 (8,0)	13 (28,0)	14
Parda	7 (54,0)	24 (51,0)	31
Indígena	0	2 (4,0)	2
Amarela	0	1 (2,0)	1
Escolaridade			
Analfabeto	0 (0,0)	1 (2,0)	1
1° grau completo	1 (8,0)	5 (11,0)	6
2° Grau completo	6 (46,0)	13 (28,0)	19
3° Grau completo	2 (15,0)	0 (0,0)	2

Nota :Idade expressa em média± DP; Demais valores expressos em n (%); AP- Áreas de planejamento

Do total de apenas 41%usuários fizeram consulta odontológica, na ESF, dos quais 17%, eram AP2.2, 83% da AP5. (tabela 11)

A tabela 11 demonstra as questões referentes a disponibilidade na perspectiva dos usuários. Quanto a distância até a unidade de saúde, para a maioria dos usuários é fácil (43%) ou muito fácil (41,6%) chegar à unidade de saúde, sendo que para a maioria, o tempo gasto para

chegar à unidade foi de 10 a 30 minutos. Dos usuários da AP5.3 29,8% afirmam que a unidade não marca consulta para o dentista e 23,4% declararam que nunca marcaram consulta com o dentista, sendo esse percentual ainda maior na AP 2.2 (30,8%). O tempo de espera por uma consulta com o dentista variou, sendo que a maioria (25%) afirmou que espera 30 dias.

Tabela 11 - Disponibilidade dos serviços de atenção básica, segundo os usuários das AP2.2 e AP5.3, do município do Rio de Janeiro, 2019

	AP2.2 (n=13)	AP5.3 (n=47)	Total (n=60)
Essa unidade faz marcação para o dentista			
Sim	10 (76,9)	33 (70,2)	43 (71,6)
Não	3 (23,1)	14 (29,8)	17 (28,3)
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta para o dentista, normalmente			
Mesmo dia	1 (7,7)	2 (4,2)	3 (5,0)
Mesma semana	1 (7,7)	6 (12,7)	7 (11,6)
De 15 a 20 dias	5 (38,5)	5 (10,6)	10 (16,6)
Mais de 30dias	2 (15,4)	13 (27,6)	15 (25,0)
Mais de 6 meses	0 (0,0)	10 (21,3)	10 (16,6)
Nunca marcou	4 (30,8)	11 (23,4)	14 (20,3)
Tempo até a Unidade			
Até 10 min	7 (54,0)	14 (29,8)	21 (35,0)
10 a 30 min	5 (38,5)	27 (57,4)	32 (53,0)
30 a 60 min	1 (7,6)	5 (10,6)	6 (10,0)
Acima de 60 min	0 (67,0)	1 (2,1)	1 (1,7)
Chegar à **unidade** é			
Muito difícil	1 (7,6)	2 (4,0))	3 (5,0)
Difícil	0 (0,0)	7 (14,8)	7 (11,0)
Fácil	5 (38,5)	21 (46,0)	26 (43,0)
Muito fácil	7 (54,0)	18 (38,3)	25 (41,6)
O senhor já precisou procurar o dentista dessa unidade de saúde sem hora marcada			
Sim	10 (76,9)	28 (59,5)	38 (63,3)
Não	3 (23,1)	19 (40,4)	22 (36,6)
Foi atendido			
Sim	7 (54,0)	25 (53,2)	32 (53,3)
Não	6 (46,1)	22 ((46,8)	28 (46,6)

Nota :valores expressos em n (%); AP- Áreas de planejamento

Quanto as questões relacionadas a viabilidade financeira dos usuários entrevistados, 44% dos usuários declaram que trabalham. e 55,9% que recebem Bolsa Família. E 10% tinham plano de saúde, 8,3% plano de saúde odontológico, sendo todos os usuários da AP5.3. Do total 61,7% efetuaram algum tipo de despesa com tratamento odontológico no último ano. Essas despesas foram relacionadas ao gasto com prótese dentaria (28%), tratamento odontológico (24%),endodontia (15,2%), extração dentária (15,2%), ortodontia (13,0%). Entre as mulheres, 92,6% não possuíam plano de saúde, diferente dos homens, entre os quais 46,7% não possuíam

o plano de saúde. (tabela 12)

Tabela 12 - Viabilidade financeira segundo os usuários entrevistados nas AP2.2 e na AP5.3, no município do Rio de Janeiro, 2019

	AP2.2	Ap5.3	Total
Trabalho			
Sim	6 (46,6)	20 (42,5)	26 (43,3)
Não	7 (53,8)	24 (51,1)	31 (51,6)
Aposentado	0 (0,0)	3¨ (6,3)	3 (5,0)
Renda			
Menor que 1 salário	1 (7,6,0)	3 (6,0)	4 (6,6)
1 a 3 salários	3 (23,0)	20 (43,0)	23 (38,3)
4 a 6 salários	2 (15,2,0)	0 (0,0)	2 (3,0)
Não informou	7 (54,0)	24 (51,0)	31 (51,6)
Recebe Bolsa Familia			
Sim	6 (46,6)	14 (28,8)	20 (33,3)
Não	7 (53,8)	33 (70,2)	40 (66,6)
Tem plano de saúde			
Sim	2 (15,4)	4 (8,5)	6 (10,0)
Não	11 (84,6)	43 (91,5)	54 (90,0)
Possui plano de saúde odontologico			
Sim	0 (0,0)	5 (10,6)	5 (8,3)
Não	13 (100,0)	42 (89,3)	55 (91,6)
Teve alguma despesa com tratamento odontologico no último ano			
Sim	10 (76,9)	27 (57,4)	37 (61,6)
Não	3 (23,1)	20 (42,5)	23 (38,3)

Nota :valores expressos em n (%); AP- Áreas de planejamento

Sobre a aceitabilidade dos serviços (tabela 13), 68% dos usuários afirmaram que os dentistas se interessam por outras questões relacionadas a saúde, além da saúde bucal, havendo uma diferença entre as APs, pois na AP2.2 88,6% responderam negativamente a esta questão, enquanto na AP5.3 96% responderam positivamente. Do total de usuários 25% declarou não se sentir respeitado pelo dentista quanto a suas crenças e valores, sendo esse percentual ainda maior na AP2,2 (30,7%). Nas duas áreas aproximadamente 20% dos entrevistados não se sente vontade para falar das suas preocupações com os dentistas. A maioria (53,2%) afirma que os dentistas sempre ou quase sempre buscam resolver as suas necessidades. Na AP22 38,4% dos usuários não recomendariam o dentista da unidade a um amigo ou pessoa da família, esse percentual foi menor na AP5.3 (19,1%)

Tabela 13 - Aceitabilidade dos serviços de atenção básica, segundo os usuários das AP2.2 e AP5.3, do município do Rio de Janeiro, 2019

O profissional aborda outras questões de saúde além das de saúde bucal			
Sim	2 (22,0)	45 (96,0)	47 (68,0)
Não	11 (84,6)	2 (4,0)	13 (21,7)
O usuário sente-se respeitado pelo profissional			
Sempre	9 (69,	34 (72,3)	43 (72,7)
Maioria das vezes	0 (0,0)	4 (8,5)	4 (6,7)
Nunca /quase nunca	4 (30,7)	9 (19,1)	15 (25,0)
Se sente à vontade para falar com o dentista de suas preocupações			
Sempre	4 (30,7)	16 (34,0)	20 (33,3)
Na maioria das vezes	2 (22,0)	9 (19,1)	11 (18,3)
Quase nunca/nunca	3 (23,1)	9 (19,1)	12 (20,0)
O dentista busca resolver as suas necessidades			
Sempre	6 (46,1)	16 (34,0)	22 (36,6)
Na maioria das vezes	2 (15,3)	8 (17,0)	10 (16,6)
Quase nunca/nunca	1 (7,7)	7 (14,8)	8 (13,3)
Recomendaria o dentista a outra pessoa			
Sim	8 (61,5)	38 (80,9)	46 (76,7)
Não	5 (38,4)	9 (19,1)	14 (23,3)

Nota: valores expressos em n (%).AP- Áreas de planejamento

Os resultados da Escala de Confiança no Dentista (ECD) demonstram que, a média da ECD foi maior no grupo 1: 3,7 ± 0,6 vs. 3,3 ± 0,6 (p = 0,023). A tabela 14 compara a média da confiança obtida em cada uma das perguntas, bem como a frequência das respostas de cada usuário. A maior frequência de respostas do tipo “concordo totalmente” foi depositada na pergunta 3 (dentistas são extremamente minuciosos e cuidadosos). Por outro lado, a maior frequência de respostas do tipo “discordo totalmente” foi depositada na pergunta 11 (em tudo você confia plenamente em dentistas).

Tabela 14 - Comparação das médias dos valores das sentenças da ECD aplicada na entrevista com os usuários da AP2.2 e AP5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2019.

Sentença	**Médias**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	**3,7 ± 1,4**	**6 (10,3)**	**11 (19,0)**	**3 (5,2)**	**14 (24,1)**	**24 (41,4)**
2	**3,0 ± 1,5**	**13 (22,4)**	**13 (22,4)**	**4 (6,9)**	**15 (25,9)**	**13 (22,4)**
3	**3,9 ± 1,1**	**2 (3,6)**	**6 (10,5)**	**6 (10,5)**	**24 (42,1)**	**19 (33,3)**
4	**3,7 ± 1,3**	**4 (7,1)**	**10 (17,9)**	**5 (8,9)**	**19 (33,9)**	**18 (32,1)**
5	**3,6 ± 1,4**	**4 (7,0)**	**14 (24,7)**	**4 (7,0)**	**16 (28,9)**	**19 (33,3)**
6	**3,4 ± 1,4**	**5 (8,9)**	**15 (26,8)**	**5 (8,9)**	**16 (28,6)**	**15 (26,8)**
7	**3,3 ± 1,3**	**4 (7,3)**	**17 (30,9)**	**3 (5,5)**	**21 (38,2)**	**10 (18,2)**
8	**3,6 ± 1,3**	**4 (7,3)**	**11 (20,0)**	**6 (10.9)**	**19 (34,5)**	**15 (27,3)**

9	**3,4 ± 1,3**	**4 (7,1)**	**18 (32,1)**	**1 (1,8)**	**20 (35,7)**	**13 (23,2)**
10	**2,7 ± 1,3**	**10 (17,5)**	**23 (40,4)**	**7 (12,3)**	**11 (19,3)**	**6 (10,5)**
11	**2,6 ± 1,5**	**16 (29,1)**	**19 (34,5)**	**3 (5,5)**	**9 (16,4)**	**10 (18,2)**

Nota: Valores expressos em média**± DP**

A tabela 15 mostra a correlação entre as sentenças da ECD. A correlação positiva mais forte foi observada entre as perguntas 10 e 11 (R = 0,720, p = 0,000). Por sua vez, a correlação negativa mais forte ocorreu entre as perguntas 2 e 4 (R = -0,482, p = 0,000).

Avaliando a relação entre as variáveis, houve correlação positiva entre a ECD e o grau de satisfação dos usuários (R = 0,310, p = 0,049) e entre a ECD e a sensação de respeito, pelo usuário (R = 0,310, p = 0,049). Para as demais combinações possíveis, não houve correlação.

A confiança mais baixa (nível de confiança abaixo do valor central da ECD), teve forte associação com a Unidade, sugerindo a influência de fatores locais na relação de confiança entre o usuário e o dentista. No caso, ser usuário da AP 5.3 se associou de forma significativa com a menor confiabilidade no dentista. (tabela 16)

Tabela 15 – Correlação entre as sentenças da ESD aplicada na entrevista com os usuários da AP2.2 e AP5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2019.

?	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	R= -,376 p= 0,004	R= 0,272 p= 0,041	R= 0,466 p= 0,000	R= 0,544 p= 0,000	R= 0,104 p= 0,445	R= -,217 p= 0,112	R= 0,360 p= 0,007	R= 0,193 p= 0,154	R= 0,373 p= 0,004	R= 0,253 p= 0,058
2		R= -,190 p= 0,156	R= -,482 p= 0,000	R= -,477 p= 0,000	R= -,332 p= 0,012	R= 0,305 p= 0,024	R= -,442 p= 0,001	R= -,239 p= 0,076	R= -,176 p= 0,191	R= -,221 p= 0,099
3			R= 0,645 p= 0,000	R= 0,550 p= 0,000	R= 0,368 p= 0,006	R= -,319 p= 0,019	R= 0,449 p= 0,001	R= 0,119 p= 0,385	R= 0,215 p= 0,111	R= 0,295 p= 0,027
4				R= 0,552 p= 0,000	R= 0,388 p= 0,003	R= -,409 p= 0,002	R= 0,547 p= 0,000	R= 0,254 p= 0,062	R= 0,327 p= 0,014	R= 0,383 p= 0,004
5					R= 0,597 p= 0,000	R= -,441 p= 0,001	R= 0,466 p= 0,000	R= 0,130 p= 0,340	R= 0,444 p= 0,001	R= 0,343 p= 0,009
6						R= -,195 p= 0,157	R= 0,238 p= 0,083	R= 0,053 p= 0,700	R= 0,461 p= 0,000	R= 0,297 p= 0,026
7							R= -,522 p= 0,000	R= -,021 p= 0,881	R= -,292 p= 0,030	R= -,459 p= 0,000
8								R= 0,314 p= 0,021	R= 0,484 p= 0,000	R= 0,548 p= 0,000
9									R= 0,266 p= 0,048	R= 0,268 p= 0,046
10										R= 0,722 p= 0,000

Tabela 16 - *Odds Ratio* (95% IC) para chance de menor confiabilidade no dentista, de acordo com a Área Programática

	Nº casos Menor confiança (%)	***Odds Ratio* (IC 95%)**	**P**
AP 2.2 (n = 12)	1 (3,8%)	1	
AP 5.3 (n = 25)	25 (96,2%)	13,75 (1,634 – 115,631)	**0,016**

Nota :AP: Área Programática; n: número; IC: intervalo de confiança.

4.2.2 Resultados dos roteiros estruturados dentistas

Dos 34 dentistas entrevistados, 79% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 42 ± 9 anos. Trinta e três (97%) possuíam ao menos um curso de especialização na área odontológica, sendo que, desses, 11 (33%), tinham formação em Saúde da Família, 14 (43%), em Saúde da Família mais alguma outra especialidade, e 8 (24%) possuíam formação em outra área, que não a da Saúde da Família. Apenas 1 (3%), não possuía especialização na área odontológica. O tempo médio de atuação na unidade de saúde, desses profissionais, na ESF foi de 6,0 (3,0 – 11,25) anos. A tabela 17 mostra as características gerais dos grupos 1 e 2.

Tabela 17 - Características dos dentistas das unidades de atenção básica das AP2.2 e AP5.3, no município do Rio de Janeiro, 2019

	AP2.2 (n=9)	AP 5.3 (n=25)	Total
Idade (anos)	43 ± 10	41 ± 8	42 ± 9
Gênero			
Masculino	2 (22,0)	5 (20,0)	7 (20,5)
Feminino	7 (78,0)	20 (80,0)	27 (79,4)
Tempo médio de atuação na ESF			
≤ 5 anos	4 (44,0)	8 (32,0)	12 (35,2)
< 5 ≤ 10 anos	2 (22,0)	12 (48,0)	14 (41,2)
> 10 anos	3 (34,0)	5 (20,0)	8 (23,5)
Formação complementar			
Saúde da Família	3 (34,0)	8 (32,0)	11 (32,3)
Saúde da Família + Outra especialidade	2 (22,0)	12 (48,0)	13 (38,2)
Outras especialidades	4 (44,0)	4 (16,0)	8 (23,5)
Nenhuma	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (2,9)

Nota: valores expressos em n (%).AP- Áreas de planejamento

Houve diferença quanto às modalidades das ESB, predominando o tipo II, na AP5.3 (48%). A maioria das duas áreas atendem a 3 ou mais ESF (AP2.2 (33,3%),AP 5.3 (48,0%)), garante consultas agendadas e de demanda espontânea (AP2.2 (89.0%),AP 5.3 (56.0%)), sendo relevante o percentual de equipes da AP5.3 que atendem somente a demanda espontânea (48,0%). (tabela 18)

Todas as equipes (tabela 18) afirmam garantir a consulta de retorno para continuidade de tratamento, e atendem paciente de fora da sua área de abrangência todos os dias (AP2.2 (78,0%), e AP 5.3 (52,0%).

Tabela 18 - Disponibilidade das unidades de atenção básica segundo dentistas das AP2.2 e AP5.3, município do Rio de Janeiro, 2019

	AP2.2 (n=9)	**AP5.3 (n=25)**	**Total (n=34)**
Modalidade			
Tipo I	7 (78,0)	6 (24,0)	13 (38,2)
Tipo II	0 (0,0)	12 (48,0)	12 (35,2)
Parametrizada	2 (22,0)	7 (28,0)	8 (23,5)
Atende a quantas ESF			
1 ESF	1 (11,1)	2 (8,0)	3 (8,6)
2 ESF	2 (22,2)	11 (44,0)	12 (35,2)
3 ESF ou mais	3 (33,3)	12 (48,0)	15 (44,1)
Atende pacientes de fora da área de abrangência			
Todos os dias	7 (78,0)	13 (52,0)	20 (57,1)
Quase todos os dias	2 (22,0)	11 (44,0)	13 ((38,2)
Em nenhum dia	0 (22,0)	1 (4,0)	1 (2,9)
A agenda garante consultas			
Consultas agendadas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Apenas DE	1 (11,0)	11 (44,0)	12 (35,2)
Agendadas + DE	8 (89,0)	14 (56,0)	22 (64,7)
A ESB garante atendimento de retorno para tratamento			
Sim	9 (100,0)	25 (100,0)	34 (100,0)
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Nota: valores expressos em n (%).AP- Áreas de planejamento. ESF- equipes de saúde da família DE-demanda espontânea. : Tipo I equipe formada por um dentista e um auxiliar de saúde bucal; Tipo II, que além desses profissionais incluí também, o técnico de saúde bucal; parametrizada soma carga horário de trabalho dos dentistas da unidade é igual a 40 horas semanais

A percepção dos dentistas quanto as questões relacionadas a aceitabilidade dos serviços é demonstrada na tabela 19. Quanto a sentir-se respeitado pelos pacientes, apesar da maioria relatar que “sempre ou quase sempre” (76,4%),na AP5.3 28,0% dos dentistas disseram que nunca ou poucas vezes se sentem respeitados pelos pacientes. Apesar de considerarem que a

comunicação com os pacientes é boa (41,2%) ou muito boa (55,8%), a maioria doa dentistas não mantem nenhum canal de comunicação com os usuários (76,5).Consideraram que a compreensão dos usuários quanto ao tratamento odontológico é regular (AP2.2 (22,0%) e AP5.3 (60,0%), ruim (AP2.2 (22,0%) e AP5.3 (28,0%).Para a maioria o motivo ou queixa principal do usuário que procura o serviço de odontologia é a dor de dente (55,8%) e extração dentaria acompanhada de dor dente (14,4%).Na AP5.3 (44,0) os dentistas relataram que na "maioria das vezes" os usuários faltam as consultas agendas., enquanto para os dentistas da AP2.2 (78,0%) os usuários "quase nunca" faltam as consultas.

Tabela 19 - Aceitabilidade das unidades de atenção básica, segundo dentistas das AP2.2 e AP5.3 no município do Rio de Janeiro, 2019.

	AP2.2 (n=9)	**AP5.3 (n=25)**	Total (n=34)
O profissional sente-se respeitado			
Nunca	0 (0,0)	2 (8,0)	2 (5,8)
Poucas vezes	0 (0,0)	5 (20,0)	5 (14,7)
Muitas vezes	3 (33,0)	8 (32,0)	11 (32,3)
Sempre	6 (67,0)	9 (36,0)	15 (44,1)
O profissional mantem algum canal de comunicação (e-mail, rede social, tel.) com o usuário			
Sim	2 (22,0)	6 (24,0)	8 (23,5)
Não	7 (78,0)	19 (76,0)	26 (76,5)
O profissional considera a sua comunicação com o usuário			
Boa	6 (67,0)	8 (32,0)	14 (41,2)
Muito boa	2 (22,0)	17 (68,0)	19 (55,8)
Não informou	1 (11,0)	-	1 (2,9)
Compreensão do usuário quanto a sua saúde bucal			
Boa	4 (45,0)	1 (4,0)	5 (0,15)
Regular	2 (22,0)	15 (60,0)	17 (56,7)
Ruim	2 (22,0)	7 (28,0)	9 (26,5)
Muito ruim	1 (11,0)	2 (8,0)	3 (8,8)
Queixa principal do paciente procura a saúde bucal			
Dor	8 (89,0)	11 (44,0)	19 (55,8)
Extração	-	6 (24,0)	6 (10,0)
Revisão	-	1 (4,0)	1 (2,9)
Cárie	-	2 (8,0)	2 (5,9)
Dor + Extração	1 (11)	6 (20,0)	5 (14,4)
Com que frequência os pacientes faltam as consultas			
Sempre	0 (0,0)	6 (24,0)	6 (17,6)
Maioria das vezes	2 (22,0)	11 (44,0)	13 (38,2)
Quase nunca	7 (78,0)	8 (32,0)	15 (44,1)

4.2.3 Resultados dos roteiros semiestruturados dentistas e gestores

Nesta sessão são apresentados os resultados da análise das entrevistas com profissionais dentistas e gestores. Para esta análise foram selecionadas as seguintes questões dos roteiros semiestruturados utilizados nas entrevistas com os profissionais dentistas e gestores (Apêndices A e B)

Do roteiro de entrevistas para os profissionais dentistas foram utilizadas as seguintes questões:

Você realiza visita domiciliar (VD)? visita domiciliar se destina a algum grupo de usuário específico? Qual (is)?

O que tem ocorrido com à demanda espontânea (aumentou, diminuiu, ou permaneceu a mesma ? Por quê?

Quais as principais barreiras a serem enfrentadas para a melhoria do acesso a saúde bucal?

Do roteiro de entrevistas para os gestores foi utilizada a seguinte questão:

Como você percebe o acesso a saúde bucal dos usuários na APS? Quais as facilidades e dificuldades?

Estas questões foram escolhidas dado seu potencial para produção de discursos e representações sociais, bem como, pelos problemas relevantes para o acesso a saúde bucal suscitados por elas. As demais questões contribuíram para deixar os entrevistados mais à vontade, iniciar a discussão sobre o tema, bem como para conhecermos o contexto institucional.

4.2.1 Discurso do sujeito coletivo elaborado partir das entrevistas com os profissionais dentistas

Quadro 5 - Discursos relacionados a questão: Você realiza visita domiciliar (VD)? A visita domiciliar se destina a algum grupo de usuário específico? Qual (is)?

Ideias Centrais	**DSC**
A. As VDs são para acamados, idosos e deficientes	A1"*Fazemos visita domiciliar somente para pacientes acamados, na sua maioria idosos, ou deficientes, que não podem vir a unidade de saúde, seja pela dificuldade de locomoção ou por outro problema de saúde* "
B. As VDs são somente para pacientes vulneráveis, quando é	B1"*Não dá para fazer visitas domiciliares em todos os pacientes, normalmente visitamos os mais vulneráveis, quando os ACSs pedem para a gente visitar".*

solicitada pelos agentes comunitários de saúde	
C As VDs devem ser realizada na casa de todos os usuários	C1 "*Não usamos nenhum protocolo para realizar as visitas domiciliares, visitamos todos os pacientes de todas as microáreas, independente da condição de saúde deles".*
D. As VDs não está sendo realizada por falta de tempo.	D1*"As visitas foram suspensas, não tenho tempo, tenho que atender uma demanda enorme, agora com a nova nota técnica, o acesso é livre, Temos que atender todo mundo que procurar a unidade"*

Nota VD- visita domiciliar

Quadro 6 - Discursos relacionados a questão: O que tem ocorrido com à demanda espontânea (aumentou, diminuiu, ou permaneceu a mesma ? Por quê?

Ideias Centrais	**DSC**
E.O trabalho da ESB diminui a demanda espontânea.	E1*"Temos muitos anos de trabalho na saúde da família, acompanhamos os pacientes, retornam de 6 em 6 meses."*
F.A baixa disponibilidade dos dentistas faz com que a demanda espontânea permaneça a mesma	F1*"Como a quantidade de dentistas é insuficiente, a proporção de usuários por equipe e é ruim não conseguimos fazer revisão dos pacientes."*
G. A crise no país fez aumentar a demanda espontânea	G1*"Com a crise muitos pacientes, que antes não precisavam, perderam o plano de saúde, e passaram a procurar a unidade para tudo."*

Quadro 7 - Discursos relacionados a questão: Quais as principais barreiras a serem enfrentadas para a melhoria do acesso a saúde bucal?

Ideias Centrais	**DSC**
H. Quantidade de profissionais é insuficiente.	H1*"Hoje temos poucos dentistas nas áreas, quando achávamos que iria melhorar, na verdade piorou, as equipes foram reduzidas, alguns profissionais foram dispensados e outros pediram demissão, porque ficaram sobrecarregados de trabalho, muitas equipes estão incompletas, sem pessoal TSB ou ASB. A relação de equipes na maioria das unidades e de 1 ESB para 3 ESF ou mais. Cada equipe está fazendo a cobertura de aproximadamente10. 000 usuários.*"
I. Pouca autonomia das equipes.	I1 "*Gostaria de ter mais autonomia, para implantar novas ideias, pensar conjuntamente na solução dos problemas que enfrentamos no dia-dia, gostaria que a gestão apoiasse as nossas decisões."*
J. E difícil planejar ações de promoção e prevenção	J1 "*Com essa nova forma de atendimento, e a redução do número de equipes. Fica difícil planejar ações de promoção e prevenção*

	a saúde, por enquanto, ainda está conseguindo fazer as escolas da área, mas já está muito difícil ".
L. A gestão prioriza a produtividade.	*L1 "Somos cobrados o tempo todo, a gestão que número de procedimento, eu não entendo porque não conseguimos bater a meta, a unidade aqui do lado atende muito menos, e consegue alcançar a meta"*
M. Dificuldade de acompanhar o paciente que vem da demanda livre.	M1*"Depois que começamos a trabalhar com a nova nota técnica do acesso livre, parece que o acesso melhorou, mas na verdade fica muito difícil acompanhar o paciente, fora aqueles que vêm na demanda livre, resolvem o problema e não voltam.*
N. Boa comunicação entre os componentes da equipe.	N1 "*Aqui na unidade tenho um bom relacionamento com os médicos e enfermeiros, na verdade isso é um ponto que facilita muito o acesso. Temos mais dificuldades de comunicação com os ACSs, eles precisam de educação permanente, trazem muita demanda de pessoas conhecidas, não priorizam a avalição de risco."*
O. Dificuldade de encaminhamento para atenção secundária, risco de perder o dente	O1¨*Não conseguimos encaminhar o paciente par ao CEO, ele fica esperando muito tempo na fila do SISREG, precisamos de mais consultas nas especialidades, principalmente para endodontia. O paciente acaba perdendo o dente."*
P. O paciente ainda tem uma cultura curativa	P1 "*Ainda é muito forte a cultura curativa, o paciente quer resolver o problema que está incomodando, de preferência extrair o dente, não valoriza a prevenção e o tratamento. A gente marca na agenda, mas ele acaba faltando."*
Q. O paciente tem medo do tratamento odontológico	Q1 "*O paciente só procura quando está com dor, ou com um estado agudo da doença. Sente medo do dentista. Se ele volta acaba perdendo o medo. Quando estão com dor vão procurar novamente; são tantas emergências, que a gente também não pode dizer não "*
R. A comunicação com os pacientes é ruim	R1*"Os pacientes muitas vezes não compreendem o que falamos não se responsabilizam pela sua saúde. Querem que o dentista resolva todos os problemas*"
S. Falta de manutenção e de material dificulta o atendimento.	S1 "*Hoje temos problemas na manutenção do consultório e problemas de infraestrutura, fiquei sem atender durante um mês por causa da cadeira que está quebrada, agora não estou atendendo porque o ar condicionado quebrou, eles ainda não resolveram, o paciente fica insatisfeito. Atualmente alguns materiais têm faltado, quando repõem o material só vem o essencial, o mais urgente. As vezes o paciente tem que voltar em outra consulta para terminar o dente"*
T. A indisponibilidade de radiografias dificulta o acesso	T1 *"Se pudéssemos fazer radiografias periapicais na atenção básica, seria muito bom, não precisaria encaminhar o paciente para o CEO, nem o paciente teria que pagar do próprio bolso. A radiografia ajudaria a resolver mais rápido os casos"*

4.2.2 Discursos do sujeito coletivo construídos a partir das entrevistas com os gestores

Quadro 8 - Discursos relacionados a questão: Como você percebe o acesso a saúde bucal dos usuários na APS? Quais as facilidades e dificuldades?

Ideias centrais	DSC
A. Todo mundo é demanda.	A2 "*A gente está trabalhando com acesso mais aberto, livre demanda. Nós temos muita preocupação em ser justo numa fila de espera, as pessoas que estavam ali esperando algum tempo, a pessoa receber visita faz dois anos ele está guardando para entrar no tratamento, então será que o devo acolher uma pessoa que chegou na demanda espontânea. Então nós começamos a trabalhar isso na verdade todo mundo é demanda, é todo mundo ali é minha fila, algumas estão escondidas e outras não, mas a fila se coloca o tempo todo e dinâmica.*"
B. O acesso é só tratamento	B2 "*Embora a gente considere que o acesso a saúde bucal é mais do que você ter aquele tratamento odontológico de procedimento, a nota técnica dá acesso, mas a gente tem um trabalho maior que isso, não é só dar o acesso. Seria acolher o usuário, mudar todo o histórico de doença do paciente"*
C. Temos que resolver a demanda reprimida.	C2 *"Nós temos uma demanda reprimida, uma população muito doente de um modo geral em saúde bucal. A gente tem uma população que ficou sem acesso à saúde bucal muito tempo, historicamente principalmente aqui no município do Rio. Por muito tempo quem teve acesso a saúde bucal era criança e gestante".*
D. Há necessidade de oferta tratamento clínico.	D2, "*Mas a gente ainda encontra uma população que necessita de uma intervenção clínica muito grande, então de fato muitas pessoas precisam de acesso ao tratamento odontológico. então de fato muitas pessoas precisam de acesso ao tratamento odontológico, ao tratamento duro, digamos assim, procedimentos, de você se sentar na cadeira e ficar naquele período em tratamento*".
E. O livre acesso dificulta longitudinalidade do cuidado.	*E2 "Acredito que o acesso aberto, não garanta a longitudinalidade, por conta, desse muito acesso. Muitos pacientes vêm eles têm o primeiro atendimento, tira aquilo que incomoda, e não retorna para finalizar o tratamento".*
F.O livre acesso é acolhimento.	*F2 " A facilidade é poder ter o acesso direto, o contato direto a equipe que escuta a tua primeira queixa, acolhe a demanda livre de uma urgência. Então essa facilidade de chegar a equipe traz um benefício. Isso dá um conforto muito grande o nosso usuário porque ele se sente acolhido. Então eu posso ir lá a qualquer momento e ser acolhido"*
G. Os pacientes agendados faltam e devíamos ter mais controle da agenda.	G2 "*Como tratamento odontológico é uma coisa que as pessoas procuram quando estão numa certa necessidade, há uma acomodação. Então na agenda do dentista que o paciente está lá em o tratamento, como ele sabe que a facilidade de vir muito grande, o paciente agendado e acaba faltando, há muito absenteísmo. Nós também vetávamos, talvez aqui por causa desse facilitador, pode ser que esteja favorecendo o absenteísmo. Mas aqui a gente tem um certo*

	controle, não justificou ele é tirado da agenda e para dar a vaga pata outro"
H. Temos baixa disponibilidade de profissionais.	H2"*Agora a dificuldade é que precisamos ampliar a saúde bucal. ela tem que estar mais fortalecida, essa coisa de três equipes para uma saúde bucal, isso é um nó crítico. São menos pessoas trabalhando em prol de muita gente, muita gente. Tínhamos realmente as três equipes e continuamos com as três sob sua responsabilidade, então é apertado. As mudanças no enxugamento das equipes trouxeram problemas em relação ao pessoal auxiliar então tínhamos um número proporcional ao número de dentistas*
I Há necessidade de planejamento e programação.	I2 " Temos que fazer um planejamento em que cada equipe de saúde bucal tenha o mesmo número de usuários sob a sua responsabilidade, para que possa abraçar a todos. E nós temos uma dificuldade de organizar o serviço, ainda organizar algumas coisas, agendas a nossa atenção é programada. Nós passamos uma fase ainda estamos tentando fazer uma lista dinâmica de acesso para conseguir esses dados compilar esses dados para ter uma noção melhor da nossa demanda de urgência a nossa demanda que pode aguardar e organizar"
J. A ausência de uma UPA dificulta o acesso	J2 "Não é uma característica da atenção básica ser um pronto atendimento, então isso nível de gestão de organização de serviço é importante também o gestor entender que seria muito melhor se nós tivéssemos um serviço para pronto atendimento, diferente da atenção básica, que cuida, porque é complicado a gente cuidar do paciente da maneira integral dando atenção ao pronto atendimento,
L .A ouvidoria é um instrumento importante para avaliar o acesso	L2 "Não tá tendo nenhuma falta de paciente e, hoje eu não recebo ouvidoria de paciente reclamando que não conseguem atendimento na odontologia".
M. Temos que voltar a fazer visitas domiciliares	M2 "Estamos sem fazer visita domiciliar, os pacientes que ficam esquecidos. Eu acho que temos que voltar com as visitas domiciliares especificamente para casos importantes. Então um paciente acamado, paciente que precisa de intervenção no leito, a gente perdeu isso. Antigamente a visita era para ver o que o paciente está pedindo, também não acho que deveríamos disponibilizar um profissional de saúde bucal só para isso. A gente precisa resgatar a visita para quem realmente precisa"
N. Ações de educação em saúde são importantes para garantia do acesso	N2 "Se mantiver uma cultura de promoção de saúde e de educação em saúde, você consegue manter aquela pessoa sem a necessidade por muito tempo. Como agente tem vários braços, junto aos grupos da equipe, educação é essa consciência, é a educação em saúde, o tempo todo, trabalhamos educação em saúde, A gente até percebe o acesso ao flúor a informação, é muito comum você ir em uma escola e não ter muitas coisa para fazer, eu vejo muitas criança que são cárie zero de fato"

O. Problemas de manutenção e abastecimento interferem no acesso	O2" Também a questão do abastecimento houve algumas mudanças a gente já está nesse processo mudança e estamos tendo dificuldade. Com a manutenção também, nesse momento a equipe de manutenção não é das melhores".
P.A cultura do paciente é curativa e imediatista.	P2 "*As pessoas e procuram o dentista, a saúde bucal, na maioria elas querem um atendimento naquela hora, naquele momento, mesmo quando não é urgência, com dor, eles gostariam de ter o atendimento quando em que procura. Eles vêm só para as urgências, acaba ficando na logica curativa. a barreira cultural é a principal, eles estão eles não estão preocupados com uma funcionalidade, eles estão mais preocupados com a estética e com a dor, não se preocupam com a escovação, com a prevenção, estão mais preocupados com o curativo com a extração*".
Q.O acesso está associado a vulnerabilidade e a questões sociais.	Q2"*A família muito vulnerável tem uma série de outros problemas, principalmente aos sociais. A família mais pobre não vai ter a mesma preocupação daquela família mais esclarecida que tem maior instrução e melhores recursos, que por isso já tem algum acesso. Então às vezes essa e essa família adere melhor o tratamento do que uma outra que talvez tenha uma necessidade maior de clínica, risco biológico maior. Eu acho que o acesso está muito associado a questão da vulnerabilidade e questões sociais*"

5 DISCUSSÃO

A utilização dos serviços odontológicos é influenciada por diferentes e múltiplos determinantes, que envolvem desde fatores sociodemográficos até aspectos culturais e socio comportamentais. As características relacionadas ao sexo e a raça ou cor dos usuários entrevistados no PmaqAB, se assemelham aos usuários entrevistados no município do Rio de Janeiro (tabelas 3 e 10), em ambos houve um predomínio de usuários do sexo feminino e da cor parda e negra. Achados semelhantes, foram descritos no estudo sobre a atenção a saúde bucal no Brasil, partir dos resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB, realizado por Casotti et al (2014). Diversos estudos de base epidemiológica apontam a presença de iniquidades raciais em saúde bucal, com maior vulnerabilidade das populações pretas e pardas, em relação aos brancos Enfatizando a necessidade de promoção da equidade, com ampliação do acesso e desenvolvimento de políticas públicas que possam garantir o direito à saúde bucal em regiões de maior iniquidade social e demográfica (RONCALLI, 2006; GUIOTOKU et al., 2012; SOUZA et al., 2012).

Semelhante aos resultados desta pesquisa (tabelas 3 e 10), a utilização dos serviços é frequentemente associada ao sexo feminino (VIEIRA DE LIMA SAINTRAIN et al., 2014).As explicação para " pouca procura" dos serviços de saúde pelos homens, dentre outros fatores, tem sido relacionadas principalmente, aos hábitos de prevenção, que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens, e ao horário de funcionamento dos serviços de saúde, que não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Quanto a formação dos dentistas (tabela17), a maioria declarou possuir especialização em saúde da família, sendo a média de tempo trabalhado na unidade na AP2.2 de ≤ 5anos e na P5.3 de 5 a 10 anos. A especialização em saúde da família tem como eixo comum a formação de profissionais da área da saúde, que além de visar a integralidade da atenção, princípio doutrinário do SUS, reforça a compreensão ampliada de que os membros da equipe devem atuar de forma sinérgica para resolução dos problemas de saúde da comunidade (MOYSÉS; KRIEGER; MOYSÉS, 2008) A formação profissional também influencia a aceitabilidade, uma boa relação entre profissionais e usuários pode interferir no comportamento de busca pelo serviço de saúde (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014; THIEDE; MCINTYRE, 2008b).

Na última década vários estudos foram realizados no Brasil, buscando evidências sobre a utilização dos serviços odontológicos e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal,

com um certo predomínio de pesquisas que utilizam bases de dados provenientes de inquéritos populacionais nacionais. (MANHÃES; COSTA, 2008; BARROS; BERTOLDI, 2002; PERES et al., 2012; MIRANDA; PERES, 2013).

A análise dos dados do 2º ciclo PmaqAB, demonstrou que ainda é baixa a utilização dos serviços públicos de odontologia no país (tabela4) No Brasil, do total de entrevistados, 65,5% não tinham realizado uma consulta com o dentista da unidade, sendo esse valor nas regiões norte (71,2%), sudeste (73,1%) e centro-oeste (73,6%) maior que o percentual nacional. E em algumas capitais como, Boa Vista, Belém, Macapá, Maceió, e Cuiabá, mais de 90%. dos usuários entrevistados não tinham utilizado o serviço de odontologia. Resultados similares foram encontrados em pesquisas que contemplam aspectos relacionados ao acesso e/ou utilização dos serviços de saúde bucal em áreas cobertas pela ESF, como a pesquisa realizada por Oliveira et al (2014) município de Olinda (n=492) onde apenas 18,9%, dos usuários que utilizaram o serviço público nos últimos 12 meses, tiveram acesso ao dentista da ESF. E o estudo realizado em 2013, em municípios baianos de médio porte (n= 2539), onde apenas 26% dos usuários haviam utilizado o serviço de saúde bucal na atenção básica (SOARES; CHAVES, 2013). Da mesma foram quando comparado o acesso aos serviços odontológicos entre áreas cobertas e não cobertas por ESB/ESF, não houve diferenças entre elas. (PEREIRA et al., 2012). Segundo Barros (2016), evidencias no âmbito da atenção primária em odontologia, percebe-se que a crescente implantação de ESB, por si só, não tem sido capaz de garantir maior utilização dos serviços. Em contrapartida, uma pesquisa realizada em 2015, ao analisar a associação entre a cobertura populacional de equipes de saúde bucal da ESF, e a diferença nas taxas de uso de serviços odontológicos públicos nos municípios brasileiros em 1999 e 2011, concluiu que a incorporação de equipes de saúde bucal à ESF foi efetiva para o aumento de indicadores de uso de serviços odontológicos (CORRÊA; CELESTE, 2015).

A relação entre o tipo (modalidade), abrangência (número de ESB), quantidade e qualidade dos serviços de saúde (composição das equipes), é um aspecto da disponibilidade do acesso, influenciado diretamente pelo planejamento da oferta dos serviços. (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014) Portanto a modalidade ou tipo de ESB, bem como a sua relação com a ESF, são aspectos importantes na análise da disponibilidade da saúde bucal na atenção primária. Na primeira etapa dessa pesquisa, a identificação da modalidade de atuação da equipe foi obtida partir do Módulo V do PMAQAB, relativo à estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS). A pergunta apresentava três opções de resposta: ESB modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal), ESB modalidade II (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal) e ESB parametrizada (soma carga horário de trabalho de

cirurgiões-dentistas na UBS igual a 40 horas semanais) (BRASIL, 2013).Os resultados demostram que a maioria das equipes entrevistadas no PmaqAB eram da modalidade I (86,6%) e informou atuar em uma única ESF. Diferente das demais capitais, o Rio de Janeiro (65,5%). apresentou um maior percentual de equipe modalidade II. (tabela 6)

Quando analisadas as Áreas de Planejamento 2.2 e 5.3 no Rio de janeiro, destaca-se que, além da diferença entre o número de ESB implantadas, existe uma diferença entre as modalidades de ESB, sendo o percentual de ESB modalidade II maior na AP5.3 (tabela18) Segundo Barros (2016), mais de 90% dos municípios do país já possuem ESB/ESF, mas ainda há um número reduzido de ESB modalidade II implantadas, e não parece haver interesse ou mesmo uma política de ampliação de cobertura nessa modalidade. Entretanto, considerando a relação custo-benefício do uso de pessoal auxiliar em odontologia, a escassez de recursos financeiros no setor público e a necessidade de tratamento acumulada da população, essa estratégia torna-se fundamental para a expansão da cobertura dos serviços de saúde bucal (CHAVES et al., 2017b). De acordo com dados da literatura científica, a delegação de tarefas ao auxiliar leva o CD a uma redução de 46% na prática das funções clínicas, enquanto a inserção de uma segunda auxiliar eleva esse percentual para aproximadamente 62% (BRASIL, 2018; QUELUZ, 2005).

Da mesma forma essa questão aparece nos discursos dos dentistas (H1) "*Quantidade de profissionais é insuficiente"*. e dos gestores (H2) *"Temos baixa disponibilidade de profissionais",* esses discursos fazem referência à característica mais importante do acesso, a presença física do serviço, de equipamentos e recursos humanos. Segundo Travassos (2012) apesar da mera disponibilidade de recursos físicos e humanos não representar a garantia do acesso, representa a condição absolutamente necessária para a sua utilização. Ao analisarmos essa problemática através da estrutura triangular do acesso de Thiede et al (2014), a escassez de profissionais (dentistas e auxiliares) constitui uma importante questão subjacente a dimensão da disponibilidade do acesso a saúde bucal, uma vez que é determinante para composição das equipes na atenção primaria.

Em vários momentos da implantação da PNSB, foram propostas mudanças e incentivos relacionados a proporção de ESB/ESF nos municípios. Em 2000, a portaria GM/MS Nº1444, estabeleceu que cada ESB deveria atender no mínimo a 6.900 habitantes e, que a proporção entre equipes na APS seria de uma ESB para duas ESF, sendo que nos municípios com menos de 6900 habitantes, essa relação poderia ser de uma ESB, para uma ESF (BRASIL, 2000). Já em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu que os municípios poderiam implantar quantas ESB fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número

existente de ESF, e se mantivesse em coerência com a lógica de organização da atenção básica (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016). Essas mudanças "para pior" percebidas nos discursos refletem as mudanças ocasionadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, na qual as ESB podem compor as equipes de saúde das unidades básicas tradicionais, que não fazem parte da ESF (BRASIL, 2017). Um estudo recente sobre os avanços e retrocessos da PNAB 2017, destaca que SUS tem sofrido fortes pressões para a conversão dos direitos sociais à lógica mercadológica; e a nova PNAB, além de promover a relativização da cobertura universal, fomenta a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de forma ambígua, e mudanças no processo de trabalho na ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).No caso da saúde bucal reflexos dessa nova conjuntura foram enunciados no estudo de Chaves (2017), no qual os resultados apontam para redução no financiamento da PNSB, menor cobertura populacional das ESB, e tendência de queda dos principais indicadores de desempenho dos serviços odontológicos.

Segundo Thiede et al (2014), os recursos disponíveis, e a disposição das equipes para realização das vistas domiciliares, são importantes aspectos relacionados a disponibilidade dos serviços. Na atenção básica a VDs, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas, ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização (CRUZ; BOURGET, 2010) . Quando questionados sobre realização das vistas domiciliares (VD) e sua finalidade, os DSC dos dentistas do município do Rio de Janeiro, se constituíram a partir de diferentes ideias centrais como: A1: *"As VDs são para acamados, idosos e deficientes",* B1: *As VDs são realizadas quando solicitadas pelos ACS",* C1;' As VDs devem ser realizada na casa de todos os usuários' e D1; "*As VDs não está sendo realizada por falta de tempo"*. Os dois primeiros discursos A1 e B1 (profissionais) se ancoram no que determina a Portaria GM/MS nº963/2013, que classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, aquela que deve ser realizada pela atenção básica, destinada ao cuidado de pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), e que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2013b) . Já o discurso C1 (profissionais) "*As VDs devem ser realizadas nas casas de todos os usuários*", tem como base no princípio da territorialização, segundo o qual as equipes devem ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão das visitas domiciliares (BRASIL, 2018).

A suspensão das visitas domiciliares e a falta de profissionais, relatada nos discursos

H1 (profissionais)"*A quantidade de profissionais é insuficiente"* e M2 (gestores) "*Temos que voltar a fazer visitas domiciliares"*, além serem compreendidas como diminuição da disponibilidade, mostram um discursos ancorados numa proposta de Saúde Bucal mais ampla, além da curativa, voltada para uma visão de saúde coletiva. O excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e as equipes, limita a participação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde. Os cuidados domiciliares em saúde bucal compõem um conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio, além de estabelecer uma rede de comunicação participativa com a família (BRASIL, 2018)

Para Thiede et al (2014) o "grau de adequação" dos serviços diz respeito a disponibilidade consultas agendadas ou de emergência, de um sistema de marcação, e de horários de atendimento compatível especialmente com a necessidade de usuários que trabalham durante o dia (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Portanto neste estudo disponibilidade do acesso a saúde bucal também foi analisada através das variáveis como; a oferta de consultas agendadas e de livre demanda, a garantia da consulta de retorno para tratamento e a disponibilidade de consultas especializadas em outro nível de atenção da rede de serviços (tabelas 5 e 18)

A organização da demanda é reconhecida como um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal, em especial nas atividades assistenciais. (BRASIL, 2006; ASSIS; SANTOS, 2009; NORMAN; TESSER, 2015). Os resultados do 2º Ciclo da Avaliação externado PmaqAB demostram que apesar da maioria das equipes garantirem o atendimento da demanda agendada e a demanda espontânea, houve variações entre as regiões e as capitais (tabela 5). Para Casotti et al (2014), a expansão da oferta na esfera pública saúde bucal e os tensionamentos por mudança no modelo de atenção têm produzido cenários muito heterogêneos. Nos extremos, têm-se os serviços onde a organização é exclusivamente orientada para o atendimento por livre demanda, com predomínio de extrações dentarias, e aqueles onde os atendimentos só ocorrem de forma programada, onde a restrição do acesso é o principal problema.

A respeito da adequação dos serviços no município do Rio de Janeiro, nas duas áreas, a maioria os dentistas afirmaram atender os pacientes de fora da sua área de abrangência todos os dia da semana (AP2.2 (78%)e AP5.3 (52%)), e quanto tipo de consulta na AP5.3, 44% das equipes entrevistadas afirmaram que só atendem à demanda espontânea (tabela18).Sabendo que nesta área, a maioria das ESB (48%) atendem a 3 ou mais ESF. a dificuldade no acesso a

consulta possivelmente faz aumentar demanda espontânea.

Outra observação importante, que pode ter induzido o aumento do atendimento a demanda espontânea, trata-se de uma nota técnica, publicada em 2016, pela coordenação do município (SMS/RJ, 2016). Essa tinha como objetivo alinhar o trabalho da ESB ao conjunto de regras e diretrizes da APS, por isso determina que todo usuário que chegar à UBS, com uma demanda de cuidado em saúde bucal, deve ser recebido, escutado e avaliado pela ESB no mesmo dia. Porém no cenário atual, parece que o atendimento à demanda espontânea, apesar de necessário, tornou-se o fio condutor na organização dos serviços de saúde, colocando em risco as mudanças necessárias ao modelo de atenção, persistindo as práticas centradas no modelo biomédico. (TAVARES et al., 2013)

Nos DSC sobre a demanda espontânea elaborados a partir das entrevistas com os dentistas, constituíram diferentes ideias centrais, na primeira os dentistas D1 profissionais ”*O trabalho da ESB diminui a demanda espontânea”* esse discurso se relaciona com um dos atributos da atenção primaria proposto por Starfield (2002), a longitudinalidade, que segundo a autora, significa a existência de uma fonte regular de atenção à saúde, e o seu uso ao longo do tempo. Assim a ESB deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber o atendimento na unidade. Havendo a criação de vínculo e cooperação mútua entre a população e sua fonte de atenção (STARFIELD., 2002). Já no discurso F1 (profissionais).”*A baixa disponibilidade dos dentistas faz com que a demanda espontânea permaneça a mesma”,* novamente, essa fala diz respeito a insuficiência na cobertura de ESB do município (poucos dentistas), dado que é desmontado também através do alto percentual de dentistas (95%) que declarou atender “todos os dias” ou “quase todos os dias” usuários de fora da sua área de abrangência. Um estudo realizado no município de Marilia (SP), em 2014, ao comparar a resolutividade de diferentes tipos de modelos assistenciais em saúde bucal, concluiu que o modelo baseado na Saúde da Família, produziu um maior impacto no acesso, na conclusão de tratamento odontológico e resolutividade na atenção básica, frente à UBS tradicionais. (BULGARELI et al., 2014)

Nos discursos A2 (gestores) *“Todo mundo é demanda*” e F2 (gestores) “O livre acesso é acolhimento”, há uma problematização com relação a demanda programada e a espontânea e o acolhimento. A universalidade do acesso é reconhecida no discurso “todo mundo é demanda”, isto é, todos os pacientes, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Porém em outros DSC, a demanda espontânea ou livre aparece como um importante nó crítico na organização dos serviços de saúde bucal como; no discurso M1 (profissionais) “*Dificuldade de acompanhar o paciente que*

vem da demanda livre" .C2 (gestores) "*Temos que resolver a demanda reprimida".* O discurso B2 (gestores)" *O acesso não é só tratamento*" se baseia no acolhimento como prática a ser incorporada no processo de trabalho das equipes, como uma resposta a inversão do modelo de atenção, privilegiando uma organização do serviço de saúde centrado no usuário. Segue as seguintes orientações : atender as todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque o eixo central do médico para equipe profissional além de qualificar a relação trabalhador usuário, com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania. (FRANCO; MERHY, 2003)

O discurso E2 (gestores)" O livre acesso dificulta a longitudinalidade do cuidado" refere-se a um dos atributos essenciais das APS, a longitudinalidade. A Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, representa uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde foi definida por Starfield, como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011; STARFIELD., 2002).

A resposta positiva à garantia da consulta de retorno para a continuidade do tratamento esteve presente tanto nos resultados do PmaqAB (91,7%), quanto na entrevista com os dentistas no município do Rio de Janeiro (100%). O guia do Departamento de Atenção Básica para saúde bucal recomenda que a marcação da consulta de retorno seja realizada, com o objetivo de garantir a execução do Plano Preventivo Terapêutico (PPT), isto é, deve ser programado o retorno do paciente para realização e conclusão do tratamento. (BRASIL, 2018). Essa orientação está veiculada a um dos atributos essenciais das APSs, a coordenação do cuidado. Segundo esse atributo a ESB deve assumir a responsabilidade sobre as diversas ações necessárias à resolução das necessidades dos pacientes, garantindo a continuidade do cuidado, evitando duplicação e interrupções nas intervenções. (STARFIELD, 2002). Deve-se considerar também que ao responderem sim para a garantia de consulta, os profissionais podem ter incluído as seguintes marcações, que representam uma falsa continuidade: agendamento com intervalos de tempo muito grande, aumentando o absenteísmo e os atendimentos de livre demanda, e as marcações feitas de forma espontânea pelo usuário, o que não caracteriza a continuidade do cuidado. (CASOTTI et al., 2014)

Quanto à organização da demanda para a atenção secundária os resultados nacionais do PmaqAB demonstraram que maioria das ESB (74,5%) declararam que possuem disponibilidade de consultas especializadas na rede de atenção (tabela 6). Contudo houve diferença entre as regiões, sendo a região norte, a com menor disponibilidade consultas especializadas (59,1%), e

no mesmo ano, em Boa Vista, não havia disponibilidade de consultas especializadas (tabela 6). Resultados semelhantes em relação ao total regional foram encontrados no estudo realizado por Baldini (2018), no Paraná. Quando analisadas separadamente houve diferença entre as regiões, sendo a oferta das especialidades analisadas, menor nas regiões norte e nordeste. A radiologia (50,8%) e a estomatologia (46,1%) foram as especialidades com menor disponibilidade em todas as regiões. Inicialmente os CEOs foram implantados, em sua maioria no Sudeste e no Nordeste. A forma como os serviços de saúde está distribuída espacialmente em uma região, não somente na APS, mas também nos demais pontos de atenção, é uma das condições fundamentais para a busca da equidade (BALDANI et al., 2018).

Esses resultados foram corroborados por pesquisas que avaliaram as diferenças regionais na oferta especializada de saúde bucal. Segundo Rios (2019), maior quantidade de CEOs implantados no Brasil encontra-se na região nordeste (38%), seguido do Sudeste, (36%). Já melhor a relação entre CEO e população foi observada Nordeste (157.384 hab/CEO), e a pior na região norte (287.184 hab/CEO). O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade. Para se atingir a integralidade, deve haver uma cobertura da APS eficiente, de modo a permitir a interface (integração) e a utilização dos serviços de saúde bucal (STARFIELD., 2002; LAVRAS, 2011; MOYSES, 2013).

Nos discursos S1 (profissionais) "*Falta de manutenção e de material dificultam o atendimento"*, e O2 (gestores*)" Problemas de manutenção e abastecimento interferem no acesso*" demonstram que a falta de materiais, de manutenção de equipamentos, constituem-se barreiras organizacionais, aumentando o tempo de espera para o atendimento e a demanda reprimida (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), algumas condições e infraestrutura devem ser observadas para funcionamento das UBS: existência e manutenção regular de estoque dos insumos, produtos e medicamentos necessários para o seu funcionamento, e a garantia da gestão municipal da disponibilidade e da manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos da UBS. (BRASIL, 2018)

O discurso J2 (gestores) "*A ausência de uma UPA dificulta o acesso"* evidencia a necessidade de uma Unidade de Pronto- Atendimento (UPA) para a melhoria do acesso .Nas RAS, em circunstâncias bem definidas, há espaço para a implantação das UPAs. O programa nacional de incentivo às UPAs, estabelecido pelo Ministério da Saúde, foi recebido como uma solução viável porque permitiria reduzir as filas de espera. Porém segundo Mendes (2011), esse discurso político é excessivamente otimista uma vez que não há evidências de que as UPAs

possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Ainda que sejam necessárias UPAs, elas não contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se não estiverem integradas em RAS. (MENDES, 2011; AGUILERA et al., 2013)

Os discursos J1 (profissionais) " *É difícil planejar ações de promoção e prevenção"* e N2 (gestores) "*Ações de educação em saúde são importantes para garantia do acesso*" se relacionam com reorientação do cuidado em saúde bucal proposto pelas PNSB, que destaca a necessidade de promover a educação em saúde como um mecanismo de fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde doença, e na condução dos seus hábitos., com vistas a melhoria da qualidade de vida. Portanto eles reconhecem as atividades de educação promoção da saúde potencializam o acesso a saúde bucal. (BRASIL, 2004a).

São inúmeras as barreiras de acesso produzidas nos serviços, a opção de implantar o "acesso livre", segundo o discurso I2 (gestores) "*Há necessidade de planejamento e programação*" exige planejamento e programação, a lista dinâmica instituída como forma de organização da demanda, na realidade assemelha-se a uma avaliação de risco. Aparentemente a estratégia adotada para melhorar a organização dos serviços e o acesso a saúde bucal no município foi normativa. Como afirmou Matus (1993), todos os atores em situação planejam, todos governam. Sendo assim, o planejamento local deve ser construído por aqueles que estão diretamente envolvidos na sua implementação. Diante da complexidade há exigência de uma postura estratégica-situacional e comunicativa no planejamento. (RIVERA; ARTMANN, 2010). O envolvimento dos diversos atores e uma postura dialógica permitirá, construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como um compromisso para melhoria do acesso a saúde bucal no município. (ARTMANN, 2000; RIVERA; ARTMANN, 2012)

A viabilidade financeira dos usuários, diz respeito ao" grau de adequação" entre o custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade dos indivíduos de pagamento, (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Nesse estudo para conhecer a capacidade de pagamento dos usuários, foram utilizados os seguintes parâmetros, trabalho, renda, escolaridade, e o recebimento do benefício do bolsa família (tabelas 7 e 12) . Tanto no PmaqAB (18,2%), quanto no município do Rio de Janeiro (38,3%), a faixa renda informada pela maioria dos usuários foi de 1 a 3 salários mínimos, sendo que somente 28,3% dos usuários no Brasil declaram estar trabalhando Dentre as regiões, o nordeste foi a região com maior percentual de usuários que não possuíam trabalho (66,8%), eram analfabetos (10,8%) e recebiam bolsa família (50,3%). Maceió foi a capital com maior percentual de usuários desempregados (72%), e que possuíam renda abaixo de um salário mínimo (56,1%). Esse dado também foi comprovado por uma

pesquisa, realizada em 2015, sobre as desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras, na qual contatou -se que em Maceió, 86,2% das pessoas viviam com até meio salário mínimo, o que representou um fator de maior vulnerabilidade à cárie dentaria. (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015)

Na saúde bucal, diversos estudos, demostram que a desigualdades socioeconômicas, em especial, escolaridade e renda, estão relacionadas as iniquidades em saúde bucal (CELESTE et al., 2009; FISCHER et al., 2010; PERES et al., 2012; BÖNECKER et al., 2013; COSTA et al., 2013; SOUSA et al., 2019).

Atualmente a viabilidade financeira tem sido utilizada em estudos sobre a equidade na assistência à saúde O discurso Q2 (gestores) "*O acesso está associado a vulnerabilidade e a questões sociais",* está ancorado no conceito de equidade em saúde, formulado por Whitehead (1992), segundo a autora, as iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. (WHITEHEAD, 1992).Contudo é necessário distinguir-se a equidade nas condições de saúde, da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Neste caso, aspectos da a viabilidade financeira possivelmente também estão relacionados a aceitabilidade dos serviços. (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Diferenças nas crenças sobre a saúde/saúde bucal da população de renda mais baixa (mais vulneráveis), pode levá-los a utilizar os serviços de saúde somente em caso de emergência, a baixa aceitabilidade e confiança podem impedir ou retardar o uso de cuidados terapêuticos pelos grupos socialmente desfavorecidos (GILSON, 2014). Esse mesmo comportamento foi relatado pelos dentistas do município do Rio de Janeiro, segundo eles: *" O paciente só procura quando está com dor, ou com um estado agudo da doença",* do mesmo modo para aproximadamente 70% dos dentistas entrevistados as queixas principais dos usuários que procuram unidade de saúde, são quadros agudos relacionados a dor de dente e extrações dentarias. (tabela 19)

Outro fator que parece constituir uma barreira ao acesso a saúde bucal, é indisponibilidade de um sistema de apoio odontológico na RAS. As radiografias são os principais exames complementares utilizados na prática clínica do dentista, e sua indisponibilidade pode inviabilizar a realização de um correto diagnóstico (BRASIL, 2018). Nas duas etapas desse estudo, foi evidenciado a dificuldade de acesso a exames de Raio X odontológico na rede de serviços. Do total de equipes entrevistadas no 2º ciclo PmaqAB no Brasil (tabela 6), apenas 50,8% afirmaram que tinham acesso a radiologia, sendo esse valor ainda menor nas regiões norte (34,5%) e centro oeste (37,4%).

Da mesma forma no município do Rio de Janeiro, o discurso T1 (profissionais) "*A*

indisponibilidade de radiografias dificulta o acesso", faz referência necessidade de apoio diagnóstico na APS, no caso especifico o exame de Raio X odontológico. Segundo os dentistas indisponibilidade desse recurso diagnóstico constitui uma barreira de acesso relacionada disponibilidade, uma vez que não haveria necessidade de" *encaminhamento para o CEO* ", como também a viabilidade financeira, dado que " *o usuário não precisaria pagar do próprio bolso".*

O pagamento da radiografia somado ao valor do transporte até o local de referência representa um gasto direto da assistência à saúde bucal, que frequentemente não pode ser pago por usuários com níveis de renda mais baixa. Chinisi (2019) ao estudar a cobertura radiográfica odontológica no SUS, na região sul pais, concluiu que menos da metade dos municípios possuíam equipamentos radiográficos odontológicos; entre os que tinham esses equipamentos, metade não realizou nenhum procedimento.

Outrossim os gastos diretos com planos de saúde, e com despesas com tratamentos odontológicos podem estar relacionados a dificuldade de acesso a saúde bucal no SUS. Essas questões foram abordadas nas entrevistas dos usuários do município do Rio de Janeiro, e os resultados apontam que apenas 10% dos entrevistados possuíam plano de saúde e 8,3% plano de saúde odontológico. O discurso G1 (profissionais). "*A crise no país fez aumentar a demanda espontânea*" se relaciona com ideia o aumento de desemprego, gerado pela crise financeira dos últimos anos no país, que segundo pesquisas, fez com que usuários perdessem seus planos de saúde, passando a depender exclusivamente do SUS (CUNHA; DE MEIRELLES, 2018). Por outro lado, o mercado de odontologia suplementar na assistência em saúde bucal abrange uma restrita parcela da população brasileira. O poder aquisitivo é determinante na compra de um plano de saúde e pode ser representativo dos indivíduos que possuem empregos mais qualificados, que oferecem planos odontológicos como benefício (CASCAES et al., 2018).

Sabendo que maioria dos indivíduos entrevistados nessa pesquisa pertencia ao grupo com renda de 1 a 3 salários mínimos, e que 61,6% deles afirmaram que tiveram alguma despesa com tratamento odontológico no último ano (tabela12). As dificuldades no acesso ao tratamento no SUS, pode representar um impacto financeiro para famílias. Segundo Thiede et al (2014), o aspecto relacional da viabilidade financeira repousa na interação dos custos dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento das famílias. Os custos diretos com a assistência à saúde, foram analisados por Cascaes (2017), a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009, os resultados demostraram que, somente 7% dos domicílios brasileiros gastaram com assistência odontológica e os gastos privados em odontologia são influenciados pelos níveis de escolaridade e renda dos grupos.

A barreiras de aceitabilidade são identificadas como subjacentes as diferenças nos padrões de utilização dos serviços em diferentes grupos socioeconômicos, independentemente da disponibilidade geográfica dos serviços. (GILSON, 2014). Há uma camada de questões subjacentes a aceitabilidade, que a priori envolvem expectativas e atitudes dos profissionais para com os usuários e vice-versa (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Quando comparados os resultados nacionais do 1º ciclo da avaliação externa do PmaqAB descritos por estudo de Casotti (2014) e 2º ciclo PmaqAB, utilizado nessa pesquisa, o percentual de usuários que responderam "sim" quando perguntados se conseguiam marcar consulta com o dentista da unidade, aumentou consideravelmente, passando de 45,1% para 76,6% em todo Brasil. Já no município do Rio de Janeiro apenas 41,0% dos entrevistados haviam marcado consulta com o dentista da unidade. (tabela 8). Uma revisão sistemática sobre a prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil, realizada 2017, demonstrou que dos 659.043 indivíduos foram entrevistados em seis inquéritos nacionais e quatro estudos individuais apenas 37% da população consultou dentista no último ano (ARAÚJO et al., 2017).

Para Gilson (2014) um importante componente da aceitabilidade está ligado a maneira como se estruturam os serviços de saúde, e a confiança dos usuários é influenciada, dentre outros fatores, pela disponibilidade de consultas acessíveis ao usuário. Considerando que por muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, ficando o restante da população excluído ou dependente de serviços meramente curativos e mutiladores, é possível que o acesso a consulta odontologia tenha melhorado. Porém somente esse dado não é suficiente para a avaliação da aceitabilidade dos serviços. Recomenda-se que as próximas avaliações do PmaqAB contemplem questões sobres a aceitabilidade, inerentes a distância social e cultural entre os usuários e os serviços de saúde bucal.

Como mencionado anteriormente a maioria das ESB firmaram garantir ao usuário a consulta de retorno para continuidade do tratamento, contudo na opinião do usuário, principalmente das capitais das regiões norte e nordeste, após o atendimento não há garantia da marcação da consulta de retorno (tabela5). Esse resultado foi corroborado por Peres (2012), que ao estudar acesso a saúde bucal nas capitas brasileiras, concluiu que a proporção de adultos que precisou e não conseguiu acesso aos serviços odontológicos foi maior nas capitais do norte e nordeste. A dificuldade de consultas para continuidade do tratamento, além de representar a indisponibilidade do serviço, representa um aspecto desfavorável a aceitabilidade, uma vez que a confiança do usuário é influenciada pela continuidade do tratamento e pelo tempo gasto com o prestador para a resolução das suas necessidades (GILSON, 2014).

Os resultados da análise dos dados do PmaqAB 2013, demonstraram que 41,7% dos usuários entrevistados no Brasil não foram escutados quando procuraram o atendimento odontológico. Esse valor foi maior que o percentual nacional, para regiões norte (58,1%) e nordeste (44,1%), e em algumas capitais superou o valor das regiões, como em Maceió, São Luís, Manaus, Porto Velho, Porto Alegre, Vitória, e no Distrito Federal (tabela9). Diversos autores destacam a importância que assume a comunicação, na integralidade e na humanização do cuidado em saúde. (DESLANDES; MITRE, 2009; RIVERA; ARTMANN, 2010; TEXEIRA, 2010). A possibilidade de o usuário ter voz nos contatos para a assistência à saúde e o comportamento e atitudes dos profissionais, principalmente práticas de comunicação, respeito, e sigilo, são aspectos que influenciam a aceitabilidade dos serviços (GILSON, 2014)

Estudos evidenciaram que não confiar no dentista, bem como ter dificuldade de se comunicar com ele após a conclusão do tratamento, foram os motivos apontados, como as condições mais fortemente associadas à avaliação negativa do atendimento recebido (MOIMAZ et al., 2016; ARMFIELD et al., 2017). Na odontologia, como na medicina, a falta de confiança pode ser uma barreira para a procura de cuidados, e pode levar a menor satisfação e a maiores níveis de ansiedade nos pacientes. Logo, comunicação deve gerar confiança e não a ameaçar. (ARMFIELD et al., 2017; KIRSHNER, 2003)

O discurso N1 (profissionais)*" Boa comunicação entre os componentes da equipe*." expressa a necessidade de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional. Peduzzi (2007) trabalha especificamente a questão do desenvolvimento de equipes multiprofissionais de saúde como condição para o atendimento integral. Para a autora, a equipe deve assumir, a partir do referencial de Habermas, a feição de uma equipe-interação, articulada pela comunicação, com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum. (HABERMAS; JIMÉNEZ REDONDO, 2001; PEDUZZI, 2007).

A importância da educação permanente aparece no discurso N1 (profissionais) . "*Boa comunicação entre os componentes da equipe",* como um mecanismo para melhorar a comunicação entre os membros da equipe, em especial com Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Frequentemente as capacitações propostas para o ACS são predominantemente voltadas para o desenvolvimento de habilidades técnico-sanitárias. A entrada no contexto familiar traz consigo, a intimidade das pessoas, e novas construções relacionais, permeadas de significados e de sentimentos. A eminência do aspecto relacional e do compartilhamento de objetivos comuns entre o ACS e a comunidade, revela a necessidade da compreensão da identidade profissional desse agente singular como forma de capital social (PATTUSSI; JUNGES; SELLI,

2008; SANTOS; FARIAS FILHO, 2016).

Para Artmann (2001), a cultura da comunicação é uma premissa para o sucesso das práticas humanizadas Os autores sustentam que apesar das dificuldades encontradas, os modelos de gestão comunicativa seriam capazes de reforçar o desenvolvimento e coletivos, em que se problematize a qualidade do atendimento .

A satisfação dos usuários tem sido utilizada em diversas pesquisas de avaliação do acesso à saúde bucal (MATOS et al., 2002; REIS et al., 2009; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010; GOES et al., 2012; MAGALHÃES et al., 2015).Nessa pesquisa a para explorar a dimensão aceitabilidade, utilizou-se do PmaqAB as questões avaliavam grau de satisfação do usuário com limpeza e privacidade dos consultórios, com condições dos equipamentos e através do desejo mudar de dentista. Para todas essas questões a maioria dos usuários no Brasil responderam positivamente (tabelas 8). Cabe destacar que em Boa Vista (78,0%), Maceió (63,5%), Belém (44,4%) e Natal (43,2%) mais de 40% dos usuários firmaram, que os equipamentos odontológicos não estão em boas condições de uso. Uma pesquisa que estudou a relação entre equipamentos/insumos odontológicos e as unidades de saúde na Paraíba, a partir dos dados do PmaqAB, concluiu haviam alguns equipamentos e insumos em número reduzido, e que essa falta era mencionada pelos usuários da atenção básica como uma das razões que os motivam a não comparecerem a consultas odontológicas agendadas (PEREIRA LIMÃO et al., 2016)

Nas entrevistas com os dentistas do município do Rio de Janeiro, a investigações das perspectivas dos dentistas com relação aos usuários, foram abordadas por meio de questões que envolviam o respeito, o cuidado prestado por eles, a comunicação e a compreensão do usuário quanto a sua saúde bucal (tabela13) Segundo Gilson (2014),o comportamento geral por busca por serviços de saúde é influenciado pelo desencontro entre as convicções dos usuários sobre a saúde e as perspectivas biomédicas pode gerar desconfiança.

Um aspecto que pode refletir esse desencontro, diz respeito a opinião dos dentistas sobre como o usuário compreende a sua própria saúde bucal. Os profissionais consideram que essa compreensão é ruim ou muito ruim (35,6 %) para maioria dos usuários O desencontro entre as convicções leigas sobre a saúde e as perspectivas biomédicas que dominam os sistemas de saúde podem gerar desconfiança e medo. O engajamento e o diálogo entre o usuário e profissional, as práticas de comunicação, devem ser estimulados para a melhoria do acesso (GILSON, 2014)

Os discursos dos profissionais P1 "*O paciente ainda tem uma cultura curativa*", Q1"O *paciente tem medo do tratamento odontológico*", e J1" *A comunicação com o paciente é ruim*", se relacionam com importantes aspectos do conceito de aceitabilidade proposto por Thiede et

al (2014). Para esses autores os serviços de saúde oferecidos, e o ambiente em que eles são prestados, devem ser sensíveis as necessidades, e a compreensão cultural dos usuários. A aceitabilidade vai variar em função das respostas as crenças culturais e a natureza das doenças.

Os profissionais, consideravam a comunicação com o usuário muito boa, porém não utilizavam outros canais de comunicação (telefone, e-mail, rede social, WhatsApp). (tabela19) Atualmente o contato entre profissionais e usuários, também pode ser feito por outras formas de comunicação, sem prejuízo ao acesso . Ao contrário a agilidade na comunicação dos usuários com a equipe, diminui a pressão sobre a agenda e possibilita que muitas orientações, diálogos e decisões sejam realizados ou agilizados por telefone e internet via e-mail, meios de comunicação raríssimamente utilizados na APS brasileira (NORMAN; TESSER, 2015) A natureza do engajamento e do diálogo entre usuário e o profissional é influenciada pela capacidade e disposição dos usuários de formular diálogo com os profissionais de saúde, bem como por meio de suas atitudes para com os profissionais (THIEDE, 2005; GILSON, 2014) .

Nos discursos P2 (gestores), a expressão “dor de dente” foi bastante frequente nos diálogos que se referiam aos pacientes. Em um estudo sobre a representação social da “dor de dente”, os pesquisados foram abordados a respeito de “como é a sua dor de dente”, as principais respostas foram que a dor parecia uma fincada, agulhada e ferroada, o que significa algo que invade e agride o corpo, que é socialmente violento e estranho. As respostas comparam a dor de dente à dor do parto, ao enlouquecimento, a dor que de uma trajetória pelo corpo e a extrapolação da capacidade de tolerância do ser humano. Ficou evidente que a dor de dente é comparada às experiências de sofrimento mais marcantes vivenciadas pelas pessoas. (FERREIRA et al., 2006)

Embora haja alguma evidência de que a maioria das pessoas confia nos dentistas, a hegemonia da prática privada e da regulação de preços dos tratamentos odontológicos pelo mercado, imprimiu certo grau de desconfiança na relação entre dentistas e pacientes. (NARVAI; FRAZÃO, 2008b; CHAVE; FONSECA, 2016).A confiança do paciente é uma construção complexa e multifatorial, podendo ser medida de várias maneiras. Pode ser vista de uma forma sociológica, psicológica ou política (ARMFIELD et al., 2017) Para Echeverria (2011), a confiança é uma necessidade essencial dos sistemas sociais, e está relacionada com um certo grau de vulnerabilidade pessoal, incerteza sobre as futuras ações dos outros, ou sobre um problema específico, por exemplo, a saúde. Diferentes escalas podem ser utilizadas para medir a confiança, porém, as dimensões mais comumente descritas de confiança são: a competência, confiabilidade, compaixão, confidencialidade e comunicação (ARMFIELD et al., 2017)

Os resultados da ECD demonstram que os pacientes confiam na competência dos dentistas, pois concordam que estes são extremamente minuciosos e cuidadosos. (tabela15) O domínio das competências, da capacidade de atuar com efetividade, é um dos grandes geradores de confiança. (ECHEVERRÍA, 2011). Porém o fato de discordarem totalmente da sentença, que em tudo confiam plenamente em dentistas, suscinta a necessidade de investigação sobre fatores relacionados a confiança que possam influenciar a aceitabilidade dos serviços (GILSON, 2014; THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

O grau de satisfação do usuário com relação a cuidado recebido pelo paciente, e o fato de se sentir respeitado pelo dentista, também se correlacionaram com maiores graus de confiança. (tabela14) Para um acesso mais equitativo a saúde bucal, deve se enfatizar a necessidade do desenvolvimento de ambientes organizacionais éticos e que promovam uma prestação de serviços saúde receptiva ao contexto do usuário, em especial os que pertencem a grupos socialmente desfavorecidos. Particularmente na atenção primaria essa abordagem pressupõe a humanização do cuidado, e o reconhecimento do paciente como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos. (DESLANDES; MITRE, 2009). A confiança apresentou associação com a unidade, sugerindo diferenças entre as áreas com relação a confiança entre o usuário e o dentista. Ser usuários da AP5.3 significou ter uma menor confiança no dentista. Esse dado é corroborado por um estudo que mapeou os padrões geográficos das dimensões do acesso em Gana, o autor revelou através dos mapas que há diferenças no padrão geográfico das dimensões de acordo com a localidade (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014)

O discurso I1 (profissionais) “ *Pouca autonomia das equipes”*. traz na sua concepção a necessidade de autonomia, percebida pelos dentistas da atenção básica. Segundo Merhy, além das tecnologias mais estruturadas como equipamentos e medicamentos, existem um conjunto de tecnologias não tão estruturas, presentes no trabalho em saúde, denominadas de tecnologias “leves”. Essa preposição faz parte do reconhecimento de que o trabalho em saúde dispõe de uma ampla margem de autonomia, de modo que no trabalho vivo poderiam ser produzidas relações inovadoras para a qualidade do cuidado. (MERHY, 2002).

Mintzberg (2003), a classificou as organizações de saúde como organizações profissionais, isto é, possuem a característica de grande autonomia dos profissionais. Pela singularidade do trabalho que se desenvolve nestas organizações, o mecanismo de coordenação preferencial é o ajustamento mútuo, pois o seu funcionamento se baseia na capacidade e no conhecimento dos profissionais que executam o trabalho (MINTZBERG, 2003) .

Os discursos L1 (profissionais)”*A gestão prioriza produtividade”* e D2 (gestores)”*Há*

necessidade de oferta de tratamento clínico" refletem o modelo de atenção adotado, e as distintas racionalidades que orientam o processo de trabalho (PAIM, 2012). O processo de trabalho das equipes de saúde bucal permanece orientado pela cultura biomédica, nas qual cada profissional tende a operar de forma isolada sob a lógica da produção de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2003). Igualmente, a implantação dos contratos de gestão, e das práticas de pagamento por desempenho, podem induzir a práticas avaliativas que privilegiam a contagem de procedimentos e controle contábil, produzindo assim ambiguidades e conflitos no ambiente de trabalho totalmente desnecessários (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012; MOYSES, 2012). Segundo Gilson (2014) a cultura autoritária nas organizações de assistência à saúde pode interferir na aceitabilidade e no acesso, pois constituem um obstáculo a implementação de modelos de atenção centrados no paciente. De acordo com Cecílio (2002), a gestão somente conseguirá intervir nos processos de trabalho, dentro dos serviços de saúde, quando os trabalhadores de saúde experimentarem um protagonismo ativo na condução da política de avaliação de desempenho.

Por fim as ouvidorias aparecem no discurso L2 (gestores)" A ouvidoria é um instrumento importante para avaliar o acesso". A implantação de ouvidoria, não deve ser traduzida apenas como um parâmetro da qualidade dos serviços, ela constitui um importante mecanismo de participação, pautado no conceito de responsivo do direito. O direito a dignidade humana e a autonomia para participar das decisões ligadas a saúde, são considerados componentes do indicador de responsividade da assistência, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mencionado por Gilson (2014) como um importante aspecto da aceitabilidade dos serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disponibilidade pode representar uma barreira de acesso à saúde bucal. os organizacionais, com fortes influências locais, são criados para minimizar os efeitos da falta de dentistas e a da desproporção entre ESB e ESF, e frequentemente não atendem os atributos necessários à Atenção Primária.

A viabilidade financeira deve ser abordada como algo além da gratuidade do serviço público e da renda do usuário. A baixa viabilidade financeira impacta na utilização dos serviços, no acesso ao tratamento adequado e na qualidade de vida. Existe um importante contingente populacional excluído do acesso à saúde bucal, que deve ser reconhecido e priorizado pelas políticas públicas.

A relação entre dentistas e usuários é marcada por aspectos culturais, produzidos na sociedade. O desencontro entre as diferentes expectativas (dos usuários e o dos dentistas) influencia a busca pelos serviços. No presente estudo, a aceitabilidade e a confiança no dentista se correlacionaram com respeito e satisfação, valores que devem ser reforçados através da informação e comunicação e diálogo.

Para que a PNSB se consolide como política pública, voltada à promoção da equidade no acesso, é necessário o fortalecimento do processo democrático na tomada de decisão, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de negociação entre eles, e sua participação.

Recomenda-se a redução de barreiras de acesso na Atenção Primaria com outras estratégias de marcação consultas, substituição de faltosos e eliminação de filas evitáveis, bem como práticas de acolhimento, estimule a continuidade e a longitudinalidade do cuidado nível de atenção

Diante da complexidade dos fatores que envolvem acesso à saúde bucal, e é preciso fortalecer a autonomia dos serviços e capacidade gerencial no nível local, para melhor utilização dos serviços púbicos odontológicos.

A análise do acesso através das dimensões de disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade deve ser utilizada no planejamento de intervenções, tanto na gestão dos serviços quanto no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, visando a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS),e uma maior equidade no acesso a saúde bucal no SUS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. adm. pública**, v. 47, n. 4, p. 1021–1039, 2013.

ANDERSON, L. et al. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. v. 24 (3 Suppl), n. Am J Prev Med., p. 68- 79., abr. 2003.

ANS. Caderno de Informações da Saúde Suplementar - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. v. 11, n. 4, 2017.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239–248, jan. 2015.

ARAÚJO, M. E. DE A. et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 589–604, jul. 2017.

ARMFIELD, J. et al. Do people trust dentists? Development of the Dentist Trust Scale. **Australian Dental Journal**, v. 62, n. 3, p. 355–362, set. 2017.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 183–195, 2001.

ASSIS, L. N.; PAIM, J.; SOARES, C. Políticas de saúde bucal no período pós-constituinte: governos FHC e Lula. In: **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 117–136.

ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. 20 maio 2009.

BALDANI, M. H. et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 145–162, set. 2018.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709–717, 2002.

BARROS, S. G. et al. Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES, S. (Ed.). . **Política de saúde bucal no Brasil teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 173 a 202.

BÖNECKER, M. et al. A social movement to reduce caries prevalence in the world. **Brazilian Oral Research**, v. 27, n. 1, p. 5–6, fev. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federa,1988.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** Ministerio da Saúde,, 1993.

BRASIL. Ministerio da Saúde-Portaria n.º 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília. 2000.

BRASIL. Ministerio da Saúde-Portaria n.º 267, DE 06 de Março DE 2.001. Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília. 2001.

BRASIL. Ministerio da Saúde-Portaria nº. 373, de 12 de janeiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília. 2001.

BRASIL. Diretrizes da política nacional de saúde bucal." Brasília, Ministério da Saúde (2004). n. Brasilia, Ministerio da Saúde, p. 16, 2004a.

BRASIL. **3a. Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final : acesso e qualidade superando a exclusão social : Brasília, DF, de 29 de julho a 1o. de agosto de 2004.** Brasília, DF: Editora MS, 2004b.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003-resultados principais.** Editora MS,, 2004c.

BRASIL. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário**. Brasília, DF: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministerio da Saúde Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasilia. 2006 a.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2006 b.

BRASIL. **Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

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 .**Ministério da Saúde,, Brasília 2013a.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2013 b.

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). Brasilia. 2017.

BRASIL. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasilia: Secretaria de Atenção à Saúde, 2018.

BRASIL; Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

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.

CASCAES, A. M. et al. Gastos privados com saúde bucal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

CASCAES, A. M. et al. Private dental insurance expenditure in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 24, 26 fev. 2018.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 140–157, out. 2014.

CATANANTE, G. V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3965–3974, dez. 2017.

CECILIO, L. C. DE O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469–478, set. 1997.

CECILIO, L. C. DE O. et al. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1655–1663, dez. 2002.

CELESTE, R. K. et al. The individual and contextual pathways between oral health and income inequality in Brazilian adolescents and adults. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 10, p. 1468–1475, nov. 2009.

CHAVE, S.; FONSECA, A. Avaliação da atenção à saúde bucal no Brasil conceitos e abordagens. In: CHAVES, S. C. L. (Ed.). . **Política de saúde bucal no Brasil teoria e prática**. Salvador: UFBA, 2016. p. 327–367.

CHAVES, S. et al. **Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2018.** OPAS-Observatório de Políicas de Saúde,, 2018 Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>. Acesso em: 23 ago. 2019

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, jun. 2017b.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 76–91, out. 2018b.

CHISINI, L. A. et al. Cobertura radiográfica odontológica pelo Sistema Único de Saúde na região Sul do Brasil em 2016: estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, mar. 2019.

CONTARATO, P. C. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo. p. 164–164, 2011.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2588–2598, dez. 2015.

COSTA, A. M. D. et al. Baixa prevalência de cárie: grupo de polarização e a importância dos aspectos familiares. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 25, n. 72, 2016.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. DE D.; ROSA, M. S. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. n. Organização Pan-Americana da Saúde-Brasilia, 2006.

COSTA, S. DE M. et al. Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil: a bioethical approach. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 461–470, fev. 2013.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 605–613, set. 2010.

CUNHA, M. F.; DE MEIRELLES, J. M. L. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. **REVISTA QUAESTIO IURIS**, v. 11, n. 2, 20 abr. 2018.

DAWSON. **Informe de Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**Organização Pan-Americana da Saúde,, 1964.

DE MELLO, A. L. S. F. et al. [Oral health care in the health network and the regionalization process]. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, jan. 2014.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. DE A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 641–649, 2009.

DI MCINTYNE; MOONEY, G. (EDS.). **Aspectos econômicos de equidade em saúde**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. v. II

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 615–625, abr. 2012.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston. n. Harvard University Press, 1973.

ECHEVERRÍA, R. **Ontología del lenguaje**. Santiago, Chile: Comunicaciones Noreste Ltda., 2011.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. v. 11, n. 1, p. 211–218, 2006.

FINKLER, M. et al. A relação público-privado na Odontologia brasileira. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 2, n. 1, p. 91–112, 24 ago. 2009.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 126–138, mar. 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. p. 35, 2003.

FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 712–712, abr. 2009.

GARBIN, D. et al. Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 441–452, fev. 2013.

GARCIA, L. P. et al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1425–1434, maio 2015.

GILSON, L. Aceitabilidade, Confiança e equidade. In: MCINTYRE; MOONEY, G. (Eds.). . **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2014. p. 163–190.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. **Política de saúde: o público e o privado**, p. 177–198, 1996.

GODOI, H. **Caracterização da organização da rede de atenção à saúde bucal em municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes**. [s.l: s.n.].

GOES, P. S. A. DE et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. suppl, p. s81–s89, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

GRÖNE, O.; GARCIA-BARBERO, M. Integrated care. **International Journal of Integrated Care**, v. 1, 1 jun. 2001.

GUIOTOKU, S. K. et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 135–141, fev. 2012.

HABERMAS, J.; JIMÉNEZ REDONDO, M. **Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social**. Madrid, Esp.: Taurus, 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) 2008 - Um panorama da Saúde no Brasil :acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde .**, 2008. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/panorama_saude_2003_2008/default.shtm>. Acesso em: 27 jun. 2017

JUNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. v. 52, n. Revista Divulgação em Saúde para Debate, p. 15, 2014.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 19, 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LEFEVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)**, v. 10, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de Representação Social – Um enfoque qual quantitativo**. Brasilia: Líber Livro Editora, 2010.

LIMA, A. C. S. DE; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 991–1002, maio 2010.

LIMA, L. D. et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). . **Regionalização da Saúde no Brasil**. C. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

LISTL, S. et al. Global Economic Impact of Dental Diseases. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1355–1361, 2015.

MAGALHÃES, B. G. et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 76–85, mar. 2015.

MANFREDINI, M. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de SUS. In: **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008 Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Ministério da Saúde: [s.n.]. p. 155–174.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 207–218, jan. 2008.

MATOS, D. L. et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 237–243, abr. 2002.

MATUS, C. Plano como Aposta. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Eds.). **Planejamento e orçamento governamental: coletânea**. Tradução Frank Roy Cintra Ferreira. Brasília, DF: ENAP, 1993.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533–552, dez. 1986.

MENDES, E. V. **A modelagem da Redes de Atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. [s.l.] Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**, 1980.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2003.

MIRANDA, C. D.-B. C.; PERES, M. A. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2319–2332, nov. 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3879–3887, dez. 2016.

MORAES, D. A. DE et al. Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 705–714, mar. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOYSES, S. J. Políticas de Atenção à saúde Bucal o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 609–633.

MOYSÉS, S. J.; GOES, P. S. A. DE. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. [s.l.] Artes Médicas, 2012.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 385–393, 2006.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. v. 5, n. 3, p. 21–34, 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008a.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Eds.). . **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo, SP, Brasil: Artes Médicas, Divisão Odontológica, 2008b. p. 1–20.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. DA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241–246, fev. 2008.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165–179, mar. 2015.

NOVAES, H. DE M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde - SILOS: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1990.

O'MALLEY, A. S.; FORREST, C. B. Beyond the examination room: Primary care performance and the patient-physician relationship for low-income women. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, n. 1, p. 66–74, jan. 2002.

ONU. **Agenda 2030 | ONU Brasil**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 23 ago. 2019.

OPAS/OMS. A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. n. Serie Técnica Brasília, 2006.

PAIM, J. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). . **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 547–571.

BRASIL. Institui Grupo de Acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. . 2002.

PATTUSSI, M. P.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. A influência do capital social no contexto da Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Eds.). . **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo, SP, Brasil: Artes Médicas, Divisão Odontológica, 2008. p. 207–215.

SANTOS, C. W. DOS; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1659–1668, maio 2016.

SMS/RJ. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018 a 2012**Secretaria Municipal de Saúde,, 2018. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/SMS- Rio de Janeiro – 2018-21>. Acesso em: 23 ago. 2019

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** [s.l: s.n.]. p. 161–177.

PELLI, A. et al. **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde** (L. Warrak, L. Graever, Eds.), 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/upload>

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. v. 2, n. Med Care., p. 27- 40., 1981.

PEREIRA, A. C. et al. O mercado de trabalho odontológico em saúde coletiva: possibilidades e discussões. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, p. 232–239, dez. 2010.

PEREIRA, C. R. DOS S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 449–462, mar. 2012.

PEREIRA LIMÃO, N. et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 84–92, 30 mar. 2016.

PERES, K. G. et al. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250–258, abr. 2012.

PERES, S. H. DE C. S. et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2155–2162, dez. 2008.

PIETROBON, L. et al. Health care plans: interfaces between the public and private system in the dental sector. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1589–1599, out. 2008.

PIRES, F. S. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. p. 179–179, 2013.

QUELUZ, D. DE P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. 49. v. 20, n. Revista Odonto Ciência, p. 270–80, 2005.

REIS, C. DOS et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1287–1295, ago. 2009.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, abr. 2019.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. v. 15, p. 2265–2274, 2010.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. **Saúde e Cidadania Uma visão Histórica e Comparada do Sus**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **A. G.**, p. 10, 2006.

SANTOS, C. W. DOS; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1659–1668, maio 2016.

SB Brasil 2010: pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 1a edição ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde : Secretaria de Atenção à Saúde : Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. DOS A. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015.

SILVA, H. E. C. DA; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645–2657, ago. 2017.

SILVA, J. V. DA; MACHADO, F. C. DE A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2539–2548, ago. 2015.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011a.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011b.

SMS/RJ. **Nota Técnica -Organização do acesso a saúde bucal.** Secretaria Municipal de Saúde /RJ,, 2016. Disponível em: <http://saudebucalrj.blogspot.com/p/protocolos.html>. Acesso em: 19 jul. 2019

SMS/RJ. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018 a 2012**Secretaria Municipal de Saúde,, 2018. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/SMS- Rio de Janeiro – 2018-21>. Acesso em: 23 ago. 2019

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros .**Revista Panam Salud Publica**, p. 6, 2013.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SOUSA, J. L. DE et al. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019.

SOUZA, E. H. A. DE et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2063–2070, ago. 2012.

STARFIELD., B. **Atenção primaria: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAMSMA, N.; BERMAN, P. C. The Role of the Health Care Sector in Tackling Poverty and Social Excluison in Europe. n. European Health Management Association, 2004.

TAVARES, R. P. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 628–635, dez. 2013.

TEXEIRA, C. (organizadora). **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiência**. Salvador: EDUFBA, p 161, 2010.

THIEDE, M. Information and access to health care: is there a role for trust? **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 7, p. 1452–1462, out. 2005.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE. Explorando as dimensões do acesso. In: DI MCINTYRE; MOONEY, G. (Eds.). . **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2014. p. 348.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, LENAURA DE VASCONCELOS (Eds.). . **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2012. v. 2.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

WHITEHEAD, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429–445, jul. 1992.

ANEXO A -MODULO V DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013

Módulo V– Observação na Unidade de Saúde

- **Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de saúde bucal que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.**

V.1 Identificação Geral			
V.1.1	Número do supervisor:		Número
V.1.2	Número do entrevistador:		Número
V.2 Identificação da Unidade de Saúde			
V.2.1	Coordenadas GPS:		Número
V.2.2	Endereço:		
V.2.3	Telefone: (-----)--------- - ----------		
V.3 - Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Saúde Bucal			
V.3.1	Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de Saúde?		Equipe de Saúde Bucal modalidade I
			Equipe de Saúde Bucal modalidade II
			Equipe de Saúde Bucal parametrizada
V.3.2 ES	O consultório odontológico da Equipe de Saúde Bucal está localizado na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica? Se marcar "Sim" pula para o bloco V.5, se "Não" abre o bloco V.4.		Sim
			Não
V. 3.3	A equipe atua em unidade provisória?		Sim
			Não
V. 3.4	Há quanto tempo a equipe está na unidade provisória?		Menos de 1 mês
			Entre 1 e 6 meses
			Entre 7 meses e 1 ano
			Mais de 1 ano
V.4 Reforma			
V.4.1	O consultório odontológico está em processo de reforma?		Sim
			Não
V.4.2	Qual o tipo de reforma		Alvenaria
			Cobertura
			Demolições e retiradas
			Esquadrias
			Instalações elétricas
			Instalações hidrossanitárias
			Pinturas
			Pisos
			Revestimento

V.4.3	O consultório odontológico está em processo de ampliação? O item "não se aplica" refere-se aos casos em que o consultório odontológico está localizado na mesma unidade da equipe de atenção básica.		Sim
			Não
V.5 Características Estruturais e Ambiência			
V.5.1. ET	Sobre as características estruturais e ambiência do consultório odontológico, observar se: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização
			O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)
			O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis
			O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor.
			O consultório odontológico permite privacidade ao usuário
			Nenhuma das anteriores
V.5.2.	Sobre a rede hidráulica e sanitária, observar a presença de: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Mofo próximo à(s) pia(s)
			Torneira(s) sem sair água
			Torneira(s) pingando
			Torneira(s) com acionamento automático
			Pia entupida
			Pia interditada
			Cheiro de esgoto
			Nenhuma das anteriores
V.5.3	Sobre a rede elétrica, observar a presença de: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Fios expostos, soltos ou desencapados
			Tubulação de plástico por fora da parede
			Nenhuma das anteriores
V.6 Horário de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal			
V.6.1 ES	Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Manhã
			Tarde
			Noite
V.6.2 ES	Quais dias da semana a Equipe de Saúde Bucal trabalha nesta Unidade? (exceto em campanhas e mutirões) Poderá marcar mais de uma opção de		Segunda-feira
			Terça-feira
			Quarta-feira
			Quinta-feira

	resposta.		Sexta-feira
			Sábado
			Domingo
V.6.2/1	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12 às 14h)?		Sim
			Não
V.6.3 Nos dias em que a Equipe de Saúde Bucal trabalha			
V.6.3.1 ES	Há horário fixo de funcionamento:		Sim
			Não
V.6.3.2/1	Em que horário abre		____ abre
V.6.3.2/2	Em que horário fecha		____ fecha
V.7 Equipamentos			
V.7.1 ES	Amalgamador		Sim
			Não
V.7.1/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.2 ES	Aparelho de RX odontológico		Sim
			Não
V.7.2/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.3 ES	Ar-condicionado		Sim
	Quantos em condições de uso?		Não
V.7.3/1 ES			( ) quantidade
V.7.4 ES	Autoclave		Sim
	Quantos em condições de uso?		Não
V.7.4/1 ES			( ) quantidade
V.7.5 ES	Avental de chumbo		Sim
	Quantos em condições de uso?		Não
V.7.5/1 ES			( ) quantidade
V.7.6 O	Cadeira odontológica		Sim
			Não
V.7.6.1	Quantas existem em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.6.1/1	Quantas com estofamento adequado?		( ) quantidade
V.7.6.1/2	Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?		( ) quantidade
V.7.7	Cuspideira		Sim
			Não
V.7.7/1	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.8	Sugador		Sim
			Não
V.7.8/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.9	Refletor		Sim
			Não
V.7.9/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.10	Mocho		Sim
			Não
V.7.10/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.11	Cart odontológico		Sim

			Não
V.7.11/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.12 ES	Caneta alta rotação		Sim
			Não
V.7.12/1 ES	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.13 ES	Caneta de baixa rotação		Sim
			Não
V.7.13/1 ES	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.14 ES	Compressor de ar com válvula de segurança		Sim
			Não
V.7.14/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.15 ES	Fotopolimerizador		Sim
			Não
V.7.15/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.16 ES	Jato de bicarbonato		Sim
			Não
V.7.16/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.17 ES	Macro modelo da arcada dentária e macro escova dental		Sim
			Não
V.7.17/1 ES	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.18 ES	Ultrassom odontológico		Sim
			Não
V.7.18/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.19 ES	Caixa de revelação (câmara escura)		Sim
			Não
V.7.19/1	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.20 ES	Estufa		Sim
			Não
V.7.20/1	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.21 ES	Negatoscópio		Sim
			Não
V.7.21/1	Quantos em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.22 ES	Seladora		Sim
			Não
V.7.22/1	Quantas em condições de uso?		( ) quantidade
V.7.23	Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?		Sim
			Não
V.7.23/1	Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?		( ) Quantidade
V.8 Instrumentais Odontológicos			
V.8.1 ES	Alveolótomo		Sim
			Não
V.8.1/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.2 ES	Aplicadores De Hidróxido de Cálcio		Sim
			Não

V.8.2/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.3 ES	Alavancas		Sim
			Não
V.8.3/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.4 ES	Bandejas de aço		Sim
			Não
V.8.4/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.5 ES	Brunidores para restauração de amálgama		Sim
			Não
V.8.5/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.6 ES	Cabos para bisturi		Sim
			Não
V.8.6/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.7 ES	Caixa com tampa em aço inox		Sim
			Não
V.8.7/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.8 ES	Cânula para aspiração endodôntica		Sim
			Não
V.8.8/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.9 ES	Condensadores para restaurações de amálgama		Sim
			Não
V.8.9/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.10 ES	Curetas cirúrgicas		Sim
			Não
V.8.10/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.11 ES	Curetas periodontais		Sim
			Não
V.8.11/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.12 ES	Escavadores de dentina		Sim
			Não
V.8.12/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.13 ES	Escavadores para pulpotomia		Sim
			Não
V.8.13/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.14 ES	Esculpidores		Sim
			Não

V.8.26/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.27 ES	Placa de vidro		Sim
			Não
V.8.27/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.28 ES	Porta agulha		Sim
			Não
V.8.28/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.29 ES	Porta amálgama		Sim
			Não
V.8.29/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.30 ES	Porta-matriz		Sim
			Não
V.8.30/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.31 ES	Seringa carpule		Sim
			Não
V.8.31/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.32 ES	Sindesmótomo		Sim
			Não
V.8.32/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.33 ES	Sonda exploradora		Sim
			Não
V.8.33/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.34 ES	Sonda milimetrada		Sim
			Não
V.8.34/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.35 ES	Sugador cirúrgico		Sim
			Não
V.8.35/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.36 ES	Tesouras cirúrgicas		Sim
			Não
V.8.36/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.37	Os instrumentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?		Sim
			Não
V.8.37/1	Quantas equipes compartilham os instrumentais odontológicos?		( ) Quantidade
V.9 Insumos			

V.8.14/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.15 ES	Espátula de inserção de resina		Sim
			Não
V.8.15/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.16 ES	Espátula para gesso e alginato		Sim
			Não
V.8.16/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.17 ES	Espelho clínico		Sim
			Não
V.8.17/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.18 ES	Extirpa nervos		Sim
			Não
V.8.18/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.19 ES	Fórceps (infantil)		Sim
			Não
V.8.19/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.20 ES	Fórceps (adulto)		Sim
			Não
V.8.20/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.21 ES	Gral de borracha		Sim
			Não
V.8.21/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.22 ES	Limas endodônticas		Sim
			Não
V.8.22/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.23 ES	Limas ósseas		Sim
			Não
V.8.23/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.24 ES	Moldeiras		Sim
			Não
V.8.24/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.25 ES	Pedra de afiar curetas periodontais		Sim
			Não
V.8.25/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.8.26 ES	Pinça clínica		Sim
			Não

V.9.1 ES	Ácido e sistema adesivo		Sim
			Não
V.9.1/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.2 ES	Rolo de algodão		Sim
			Não
V.9.2/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.3 ES	Amálgama (cápsula)		Sim
			Não
V.9.3/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.4 ES	Amálgama (preparo manual)		Sim
			Não
V.9.4/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.5 ES	Anestésico tópico		Sim
			Não
V.9.5/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.6 ES	Anestésicos com vasoconstritor		Sim
			Não
V.9.6/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.7 ES	Anestésicos sem vasoconstritor		Sim
			Não
V.9.7/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.8 ES	Lâmina de bisturi		Sim
			Não
V.9.8/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.9 ES	Brocas diversas		Sim
			Não
V.9.9/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.10 ES	Cimentos diversos		Sim
			Não
V.9.10/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.11 ES	Cunhas		Sim
			Não
V.9.11/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.12 ES	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas.		Sim
			Não
V.9.12/1 ES			Sim

	Em quantidade suficiente?		Não
V.9.13 ES	Fios de sutura odontológica		Sim
			Não
V.9.13/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.14 ES	Flúor gel		Sim
			Não
V.9.14/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.15 ES	Fixador e revelador para radiografia		Sim
			Não
V.9.15/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.16 ES	Gaze		Sim
			Não
V.9.16/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.17 ES	Material restaurador temporário		Sim
			Não
V.9.17/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.18 ES	Matriz		Sim
			Não
V.9.18/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.19 ES	Medicações intracanal para polpa viva e polpa necrosada		Sim
			Não
V.9.19/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.20 ES	Microbrush		Sim
			Não
V.9.20/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.21 ES	Papel articular (papel carbono)		Sim
			Não
V.9.21/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.22 ES	Caixa de descarte para material perfurocortantes		Sim
			Não
V.9.22/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.23 ES	Resinas fotopolimerizáveis		Sim
			Não
V.9.23/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.24 ES	Selantes		Sim
			Não
V.9.24/1 ES	Em quantidade suficiente?		Sim

			Não
V.9.25 ES	Seringas descartáveis para irrigação Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.25/1 ES			Sim
			Não
V.10 Material Impresso para Atenção à Saúde Bucal			
V.10.1 ES	Com qual frequência a Ficha clínica odontológica fica disponível (Prontuário Clínico)		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
V.10.2	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?		SIAB
			e-SUS/SISAB
			Sistema de informação próprio
			Não sabe/não respondeu

ANEXO B- MODULO VI DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013

Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para que o profissional da equipe responda a entrevista com a equipe participante da Saúde Mais Perto de Você – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o mesmo. Este profissional deverá ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
  a) Registro da resposta específica;
  b) Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).
- Nas questões em que houver a opção de resposta "Outros", este campo servirá para o registro da resposta referida pelo entrevistado.

VI. 1 Identificação Geral			
VI. 1.1	Número do supervisor:		Número
VI. 1.2	Número do entrevistador:		Número
VI. 2 Informações sobre o entrevistado Cirurgião Dentista			
VI. 2.1	CPF do entrevistado		CPF
VI. 2.1/1	Qual profissional entrevistado?		Dentista
			Técnico de saúde bucal
			Auxiliar de saúde bucal
VI. 2.2	A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?		Sim
			Não
VI. 2.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 2.3	A equipe participa de reunião acionada pela gestão municipal e pela própria equipe?		Sim
			Não
VI. 2.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 2.4	Quanto tempo o(a) entrevistado(a) atua nesta equipe de atenção básica?		0 ano
			1 ano
			2 anos

			3 anos
			4 anos
			5 anos
			6 anos
			7 anos
			8 anos
			9 anos
			10 anos
			11 anos ou mais
VI. 3 Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB			
VI. 3.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?		Sim
			Não
VI. 3.2	Possui quais destes processos de formação? Poderá marcar mais de uma opção		
VI. 3.2/1 ET	Especialização em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/2 ET	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/3	Possui outra especialização?		Sim
			Não
VI. 3.2/4 ET	Residência em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/5 ET	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/6	Possui outra residência?		Sim
			Não
VI. 3.2/7 ET	Mestrado em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/8 ET	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 32/9	Possui outro mestrado?		Sim
			Não
VI. 3.2/10 ET	Doutorado em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/11 ET	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
VI. 3.2/12	Possui outro doutorado?		Sim
			Não
VI. 4 - Vínculo			

VI.4.1	Qual é seu agente contratante?		Administração direta
			Consórcio intermunicipal de direito público
			Consórcio intermunicipal de direito privado
			Fundação pública de direito público
			Fundação pública de direito privado
			Organização social (OS)
			Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
			Entidade filantrópica
			Organização não governamental (ONG)
			Empresa
			Cooperativa
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
VI.4.2 **ET**	Qual é seu tipo de vínculo?		Servidor público estatutário
			Cargo comissionado
			Contrato temporário pela administração público regido por legislação especial(municipal/estadual/federal)
			Contrato temporário por prestação de serviço
			Empregado público CLT
			Contrato CLT
			Autônomo
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
VI. 4.3	Qual a forma de ingresso?		Concurso público
			Seleção pública
			Indicação
			Outra forma
VI. 5 Plano de carreira			
VI. 5.1 **ES**	O(a) senhor(a) tem plano de carreira? Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.5.5.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
VI. 5.2 **G**	No plano, tem progressão por antiguidade?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
VI. 5.3 **ET**	NO plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
VI. 5.4 **G**	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

VI. 5.5 **G**	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
VI. 6 Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas			
VI. 6.1 **G**	Qual(is) dessa(s) ação(ões) de educação permanente a equipe de saúde bucal participa? Poderá ser marcada mais de uma opção.		Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão.
			Cursos presenciais
			Telessaúde
			RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
			UNASUS
			Curso de Educação à Distância
			Troca de experiência
			Tutoria/preceptoria
			A unidade básica participa como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros.
			Outros
			Não participa de nenhuma ação de educação permanente
VI. 6.2	Quais profissionais da equipe de saúde bucal estão envolvidas nas ações de educação permanente?		Apenas para o cirurgião dentista
			Apenas para o auxiliar ou técnica em saúde bucal
			Para a equipe de saúde bucal completa
VI. 6.3 **ET**	A equipe utiliza o Telessaúde para: Poderá ser marcada mais de uma opção.		Segunda opinião formativa
			Telediagnóstico
			Teleconsultoria
			Tele-educação
VI 6.4	De que forma é realizada a teleconsultoria?		Assíncrona (via plataforma com retorno em 72h)
			Síncrona (skype em tempo real)
VI. 6.5	Por qual motivo a equipe não utiliza o telessaúde?		Dificuldade de acesso/conectividade
			Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho
			Ninguém atende quando tento telefonar
			Não obteve retorno
			A equipe não tem necessidade de acessar
			Não existe no município o programa
			Não se aplica
VI. 6.6 **G**	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?		Sim
			Não
VI. 6.7 **ET**	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de		1 vez por semana
			2 vezes por semana

	ensino, pesquisa e/ou extensão com qual frequência? Poderá marcar somente uma opção de resposta.		3 vezes por semana
			4 vezes por semana
			5 vezes por semana
			Não recebe
VI. 6.8	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade? Poderá marcar somente uma opção de resposta.		Muito articuladas
			Razoavelmente articuladas
			Pouco articuladas
VI. 7 - Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe			
VI. 7.1 **ET**	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?		Sim. Somente com a equipe de saúde bucal
			Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica
			Não
VI. 7.1/2 **ET**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 7.1/3	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
			A equipe não realiza planejamento
VI.7.1/3.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 7.2 **ET**	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e analise dos indicadores e informações de saúde bucal?		Sim
			Não
VI. 7.3	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		Sim
			Não
VI. 7.4 **G**	A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		Sim
			Não
VI. 7.5 **ES**	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?		Sim
			Não
VI. 7.5/2	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ
			AMQ
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
VI.7.5.2.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

VI. 9.2/2	As metas para a atenção básica pactuada pelo município		Sim
			Não
VI. 9.2/3	As informações do sistema de informação da atenção básica		Sim
			Não
VI. 9.2/4	As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)		Sim
			Não
VI. 9.2/5	As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)		Sim
			Não
VI. 9.2/6	As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)		Sim
			Não
VI. 9.2/7	Os desafios apontados a partir da autoavaliação		Sim
			Não
VI.10 - Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal			
VI. 10.1 **ET**	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?		Sim, do CEO.
			Sim, do NASF.
			Sim, do CAPS.
			Sim, outros centros/policlínicas de especialidades (não CEO)
			Sim, outros.
			Não
VI. 10.2	Indique em qual(is) especialidade(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou a poiar na resolução de casos mais complexos? Poderá ser marcada mais de uma opção de resposta.		Cirurgia Oral
			Endodontia
			Pacientes com necessidades especiais
			Periodontia
			Estomatologia
			Radiologia
			Ortodontia/ortopedia
			Implantodontia
			Odontopediatria
			Outra(s)
			Não recebeu
VI. 10.3	Com qual frequência a Equipe de Saúde Bucal recebe o apoio?		Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Trimestral
			Semestral
			Sem periodicidade definida
VI. 11 - Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal			
VI. 11.1 **ET**	A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?		(__) Quantidade
VI. 11.2	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de saúde bucal são atendidas por esta equipe?		Todos os dias da semana
			Alguns dias da semana
			Nenhum dia da semana

VII. 12 - Organização dos prontuários na unidade de saúde			
VII. 12.1 **ES**	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?		Sim
			Não
VII.12.1/1 **ES**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VII. 12.2 **ES**	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?		Sim
			Não
VII. 12.3	Os prontuários estão organizados de acordo com alguma das seguintes formas:		Individualmente pela ordem alfabética do nome
			Individualmente pelo número do prontuário do usuário
			Individualmente pela data de nascimento
			Individualmente por microárea
			Individualmente por rua
			Individualmente por bairro
			Individualmente por cores
			Outro(s)
VII. 12.4 **ES**	Existe um modelo padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica?		Sim
			Não
VII. 12.5	Observar em uma ficha odontológica os seguintes itens:		
VII. 12.5/1	Letra legível		Sim
			Não
VII. 12.5/2	Identificação do usuário (nome, sexo, idade)		Sim
			Não
VII. 12.5/3	Odontograma		Sim
			Não
VII. 12.5/4	Evolução		Sim
			Não
VII. 12.6/0	Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?		SIAB
			e-Sus/SIAB
			Sistema de informação próprio
			Não sabe /não respondeu
VII. 12.6 **ET**	Existe prontuário eletrônico implantado na Equipe?		Sim
			Não
VII. 12.6/1 **ET**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VII. 12.7	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		Sim
			Não
VII. 12.8	Qual o tipo de prontuário?		Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
			Prontuário Eletrônico Próprio
VII. 12.9	A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB (PEC)?		Sim
			Não
VII. 12.10	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?		Sim
			Não

VI.12.10/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
VI. 12.11	A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB DA Coleta de dados simplificada (CDS)?		Sim
			Não
VI.12.11/1	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS AB?		Sim
			Não
VI. 12.12	A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS (Sistema do controle de uso do e-SUS AB)?		Sim
			Não
VI.13 - Organização da agenda			
VI.13.1 **G**	A agenda de atendimento clínico da equipe garante: Só poderá marcar uma opção de resposta.		Apenas consultas odontológicas agendadas
			Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea
			Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda
VI. 13.2	Quantos pacientes, em média, são atendidos no consultório, por turno?		(__) Quantidade por turno
VI. 13.3	Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?		Todos
			Maior parte, os demais são de demanda espontânea.
			Metade, os demais são de demanda espontânea.
			Nenhum. Todos são de demanda espontânea
VI. 13.4	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?		Sim
			Não
VI. 13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?		Sim
			Não
VI. 13.6	Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos.
			Dias específicos fixos em até três dias na semana
			Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
			Dia específico fixo uma vez por mês
VI.13.7 **G**	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?		Sim
			Não
VI. 14 - Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde			

VI. 14.5/7	Ortodontia/ortopedia		Sim
			Não
VI. 14.5/8	Implantodontia		Sim
			Não
VI. 14.5/9	Odontopediatria		Sim
			Não
VI. 14.5/10	Outra(s)		Sim
			Não
VI. 15 - Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos			
VI. 15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?		Sim
			Não
VI. 15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?		Sempre
			Sim, algumas vezes
			Nunca
VI. 15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?		Sim
			Não
VI. 15.4	Qual é o fluxo institucional de comunicação?		
VI. 15.4/1	Comunicação eletrônica		Sim
			Não
VI. 15.4/2	Reuniões técnicas com os especialistas da rede		Sim
			Não
VI. 15.4/3	Teleconferência		Sim
			Não
VI. 15.4/4	Telessaúde		Sim
			Não
VI. 15.4/5	Prontuário eletrônico		Sim
			Não
VI. 15.4/6	Ficha de referência/contra referência com história detalhada e sugestões de conduta		Sim
			Não
VI. 15.4/7	Outro(s)		Sim
			Não
VI. 16 - Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal			
VI. 16.1 G	O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?		Sim
			Não, porque não há material / instrumental disponível.
			Não, porque não há laboratório para encaminhamento.
			Não, porque não se sente capacitado.
			Não, porque os casos são encaminhados para outro centro de referência.
			Não, outros.

VI. 16.2	Qual é o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?		É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)
			Um dia
			Até uma semana
			Até 15 dias
			Entre 15 e 30 dias
			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
VI. 16.3	Como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?		O laboratório realizada a coleta do material na UBS
			O próprio cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório
			A gestão municipal garante transporte desse material
			Outros
VI. 16.4	Qual é o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?		Até 15 dias
			Entre 15 e 30 dias
			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
VI. 16.5 **ET**	A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Drenagem de abscesso
			Sutura de ferimentos por trauma
			Remoção de dentes impactados
			Frenectomia
			Remoção de cistos
			Acesso à polpa dentária
			Aplicação tópica de flúor
			Exodontia de dente decíduo
			Exodontia de dente permanente
			Restauração de amálgama
			Restauração de resina composta
			Restauração em dente decíduo
			Pulpotomia
			Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.
			Tratamento de alveolite
			Ulotomia/ Ulectomia
			Cimentação de prótese
			Outro(s)
VI. 16.6	A Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)?		Para todos os usuários atendidos
			Para alguns usuários atendidos
			Nunca realiza TC
VI. 17 - Atenção ao câncer de boca			
VI.17.1 **G**	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?		Sim
			Não
			Desconhece se tem algum caso no território
VI.17.1/1 **G**	Existe documento que comprove?		Sim

			Não
VI. 17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca?		Sim
			Não
			Desconhece se tem alguma referência
VI. 17.3	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?		Sim
			Não
VI.17.3/1	Se sim, com que frequência?		Uma vez ao ano
			Duas vezes ao ano
			Três vezes ao ano
			Todo mês
VI. 18 - Atenção ao pré-natal			
VI.18.1 **G**	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?		Sim
			Não
VI.18.1/1 **G**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 19 - Atenção à criança de até os 5 (cinco) anos de idade			
VI. 19.1 **G**	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade?		Sim
			Não
VI.19.1/1 **G**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 20 - Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio			
VI. 20.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?		Sim
			Não
VI.20.2 **ET**	A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?		Sim
			Não
VI. 20.2/1 **ET**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 20.3	No cuidado domiciliar, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam:		Apenas orientações de higiene bucal
			Consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado)
			Realização de procedimentos clínicos
			Outro(s)
VI. 21 - Saúde bucal: acesso à prótese dentária			
VI. 21.1 **ES**	A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária? Poderá marcar mais de uma opção de resposta		Sim
			Não
VI. 21.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza as seguintes etapas de confecção de próteses dentárias na Unidade de Saúde: Poderá		Moldagem anatômica e funcional
			Registros estáticos e interoclusais
			Prova dos dentes

	marcar mais de uma opção de resposta		Instalação da prótese dentária
			Consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese
			Não realiza nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias
VI. 21.3	Qual (is) tipo(s) de prótese é(são) ofertado(s) na atenção básica: Poderá marcar mais de uma opção de resposta		Prótese total
			Prótese parcial removível
			Prótese fixa
			Prótese temporária
			Não oferta nenhum tipo de prótese
VI. 22 - Programa Saúde na Escola			
VI. 22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?		Sim
			Não
VI.22.2 **G**	A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche?		Sim
			Não
VI.22.2/1 **G**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI.22.3 **G**	A Equipe de Saúde Bucal possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico?		Sim
			Não
VI.22.3/1 **G**	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

ANEXO C- MODULO III DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQAB 2º CICLO, 2013

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

- Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- O questionário do Módulo III será aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.
- Para entrevista com os usuários, o avaliador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista.
- Os blocos de saúde bucal e práticas interativas serão aplicados conforme o escopo de serviços ofertados da UBS.
- Aplicar os critérios de exclusão:
  - Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde.
  - Não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde.
  - Se não elegível, entrevistar a próxima pessoa (recusas não serão registradas no tablet).

III.25 - Acesso aos Serviços de Saúde			
III. 25.0	O senhor já passou por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal? *Se NÃO, abre o III.25.1 e finaliza a entrevista.*		Sim
			Não
III. 25.1	Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal? *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Manhã
			Tarde
			Noite
III. 25.2	A Equipe de Saúde Bucal nesta Unidade trabalha quais dias da semana? *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Segunda-feira
			Terça-feira
			Quarta-feira
			Quinta-feira
			Sexta-feira
			Sábado
			Domingo
III. 25.2/1	A Equipe divulga o horário que a Unidade		Sim

	funciona?		Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 25.3	Nos dias em que a Equipe de Saúde Bucal trabalha		
II. 25.3.1	Há horário fixo de funcionamento?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 25.3.2/1	Em que horário abre?		___Abre
II. 25.3.3/1	Em que horário fecha?		___Fecha
II. 25.4 ES	O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II. 25.5	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que atendimento clínico odontológico atendesse: *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Mais cedo pela manhã
			À tarde até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			No horário de almoço
			Outros
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.26 - Marcação de Consulta(s) com o dentista			
II. 26.1	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde? *Se NÃO ou NUNCA PROCUROU, passar para o bloco III. 27.*		Sim
			Não
			Nunca procurou
II. 26.2. ET	Na maioria das vezes, como o senhor faz para marcar consulta com o dentista da sua equipe? *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Marca por telefone
			Marca pela internet
			Vai à unidade e marca o atendimento
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha.
			Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes na unidade de saúde.
			O agente comunitário de saúde marca a consulta
			Outro(s)
II. 26.3 ES	A marcação da consulta com o cirurgião dentista é feita: *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos.
			Dias específicos fixos, em qualquer horário.

			Dias específicos fixos, em horários específicos.
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 26.4	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta com o cirurgião dentista, normalmente é para o mesmo dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 26.4/1	Tempo de espera		Dias
II. 26.5 ET	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta com o cirurgião dentista, sua consulta é: *Poderá marcar somente uma opção de resposta.*		Com hora marcada
			Em horários ou turnos definidos do dia
			Por ordem de chegada
			Encaixe
			Outro(s)
II. 26.6	Quando o(a) senhor(a) vem com consulta marcada, quanto tempo o senhor espera normalmente pra ser atendido?		Minutos
II. 26.7	O(a) senhor(a) já sai do atendimento com a próxima consulta agendada?		Sim
			Não
III.27 - Acolhimento à demanda espontânea			
II. 27.1 ES	Quando o senhor(a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
II. 27.2 ES	Quanto tempo, em média, o(a) senhor(a) espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada? *Poderá marcar somente uma opção de resposta.*		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			1 hora 30 minutos
			2 horas
			2 horas e 30 minutos
			3 horas
			3 horas30 minutos
			4 horas
			4 horas 30 minutos
			5 horas
			5 horas 30 minutos
			6 horas

			6 horas 30 minutos
			7 horas
			7 horas 30 minutos
			8 horas
			8 horas 30 minutos
			Mais de 8 horas
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 27.3 G	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é recebido(a) ao procurar o serviço de saúde bucal? *Poderá marcar somente uma opção de resposta.*		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 27.4 ES	As orientações que os profissionais de saúde bucal dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.28 - Atenção Integral à Saúde			
II. 28.1 ES -	O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 28.2 ES -	Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
II. 28.3 G -	Nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do (a) senhor(a)?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.29 - Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado			
II. 29.1 **ES**	Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
II. 29.2 ES -	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo dentista:		Sempre
			Na maioria das vezes

			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
II. 29.3 ET	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes.
			Não
			Nunca abandonou ou faltou
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
III.30 - Prótese Dentária			
II. 30.1	O(a) Senhor(a) usa dentadura? *Se não precisar, passar para o bloco II.31.*		Sim
			Não precisa
			Não, porque machuca.
			Não, porque não gostou da dentadura.
II. 30.2	Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura? *Poderá marcar somente uma opção de resposta.*		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Clínica particular ou Consultório particular
			Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
			Serviço público de outro município
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
II. 30.3	Quanto tempo levou para receber a dentadura? *Poderá marcar somente uma opção de resposta*		15 dias
			De 15 a 30 dias
			Mais de 30 dias
II. 30.4 ES	O(a) senhor(a) recebeu orientação do cirurgião dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?		Sim
			Não
III.31 - Satisfação do Usuário			
II. 31.1 ES	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações do consultório odontológico: *Poderá marcar mais de uma opção de resposta.*		Está em boas condições de limpeza
			Dispõe de boa ventilação ou climatização Os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso
			A cadeira odontológica está em boas condições de uso

III. 31.2	Em sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da equipe de saúde bucal é:		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/ não lembra
III. 31.2.1	De zero a dez, qual nota o (a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) dentista?		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
III. 31.2.2	De zero a dez, qual nota o (a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal?		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
III. 31.3	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?		Sim
			Não
III. 31.4	Por que o(a) senhor(a) mudaria de dentista ou unidade de saúde? *Poderá marcar somente uma opção de resposta.*		Distante de casa

ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP/FIOCRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS.
Pesquisador: ANA CATARINA BUSCH LOIVOS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 91550318.1.0000.5240
Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.782.985

Apresentação do Projeto:
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 2.760.739, em 08/07/2018.

Projeto de doutorado do programa de pós-graduação em Saúde Pública, de Ana Catarina Busch Loivos, orientada por Elisabeth Artmann , qualificado em 05/04/2018 e financiado pela própria pesquisadora (R$ 1.500,00).

Resumo: "Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada de “Brasil Sorridente”. Suas diretrizes apontavam para necessidade de reorganização da saúde bucal (SB) em todos os níveis de atenção, através da ampliação do acesso. As principais linhas de ação foram: a reorganização da Atenção Básica (AB) por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.
Evidências demonstram que o padrão de inserção da população no sistema de saúde e o acesso a ações e serviços odontológicos não acontecem de forma equânime. (FINKLER et al., 2009). Apesar de uma aparente melhora nos últimos anos, acesso aos serviços odontológicos públicos ainda é restrito. Os serviços privados e conveniados ainda respondem pela maior parte da assistência

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Outros	Formulario_resp_pend_do_parecer_2760739.doc	17/07/2018 13:20:13	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores.pdf	15/06/2018 08:51:25	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	15/06/2018 08:51:04	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	15/06/2018 08:50:32	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Instrumento_Gestores.pdf	15/06/2018 08:49:57	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	instrumento_dentista.pdf	15/06/2018 08:49:32	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	instrumento_ususarios.pdf	15/06/2018 08:49:15	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	15/06/2018 08:48:45	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeanuencia.pdf	15/06/2018 08:47:07	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/06/2018 08:46:27	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/06/2018 08:46:02	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	encaminhamento.pdf	15/06/2018 08:45:44	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Folha de Rosto	Fohaderosto.pdf	15/06/2018 08:43:25	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ANEXO E- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS/RIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS.
Pesquisador: ANA CATARINA BUSCH LOIVOS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 91550318.1.3002.5279
Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.055.807

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa, sobre o acesso a saúde bucal, após a implantação da Politica Nacional de Saúde Bucal (PNSB) "Brasil Sorridente". A pesquisa será realizada em três etapas (Figura 3): a primeira consiste numa pesquisa exploratória, que visa conhecer a oferta / uso de serviços odontológicos e sua relação com a desigualdade socioeconômica nas capitais e no Distrito Federal; a segunda trata-se de uma análise de dados secundários provenientes da Pesquisa de Melhoria da Qualidade do Acesso na Atenção Básica (PMAQ), das capitais; e a terceira dar-se-á através de um estudo de campo, a ser realizado na capital do Rio de Janeiro. Como referencial teórico serão utilizadas as dimensões do acesso propostas por Thiede, Akewengo; e McIntyr, 2014. As áreas selecionadas foram as AP2.2 e AP5.3

Objetivo da Pesquisa:
* Objetivo Primário:
- Identificar os principais fatores que constrangem e potencializam o acesso às ações e serviços de saúde bucal.

* Objetivo Secundário:
- Caracterizar a oferta de saúde bucal nas capitais e do Distrito Federal;
- Identificar como a desigualdade socioeconômica se relaciona com oferta e utilização de serviços de saúde bucal;

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

/ Brochura Investigador	Instrumento_Gestores.pdf	08:49:57	BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	instrumento_dentista.pdf	15/06/2018 08:49:32	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	instrumento_ususarios.pdf	15/06/2018 08:49:15	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	15/06/2018 08:48:45	ANA CATARINA BUSCH LOIVOS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA AP 5.3

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3
Rua Álvaro Alberto, 601 – 2º Andar – Santa Cruz – Rio de Janeiro – RJ – CEP 23550-040
Telefones: (21) 3365-7954 – (21) 3305-2929

CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3 (S/SUBPAV/CAP-5.3), vem por intermédio de seu Coordenador infra-assinado, declarar apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Acesso à Saúde Bucal nas Capitais Brasileiras", sob a responsabilidade da Pesquisadora Ana Catarina Busch Loivos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz.

Declaramos, ainda, ciência quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição Proponente/Co-participante, deferindo anuência para seu desenvolvimento através da aplicação dos questionários aos Usuários, Profissionais de Saúde Bucal e Gestores dos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família da Área de Planejamento 5.3 (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba).

Impende salientar que o presente instrumento condiciona-se ao cumprimento das determinações éticas da RESOLUÇÃO Nº 466/2012 CNS/CONEP e, tendo sido aprovado pelo PARECER CONSUBSTANCIADO nº 3.021.421, caberá ao pesquisador apresentar o relatório final da pesquisa aos Gestores e Profissionais das respectivas unidades onde se desenvolverá a referida pesquisa.

Há que se afirmar, ademais, que o descumprimento das determinações supramencionadas garante a extinção desta anuência, há qualquer momento, sem que haja penalização aos envolvidos no projeto de pesquisa em comento.

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

MARCELO REGLY FERREIRA
Coordenador Geral
Matrícula: 11/229.245-6

ANEXO G -CARTA DE ANUÊNCIA AP 2.2

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3
Rua Álvaro Alberto, 601 – 2º Andar – Santa Cruz – Rio de Janeiro – RJ – CEP 23550-040
Telefones: (21) 3365-7954 – (21) 3305-2929

CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3 (S/SUBPAV/CAP-5.3), vem por intermédio de seu Coordenador infra-assinado, declarar apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Acesso à Saúde Bucal nas Capitais Brasileiras", sob a responsabilidade da Pesquisadora Ana Catarina Busch Loivos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz.

Declaramos, ainda, ciência quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição Proponente/Co-participante, deferindo anuência para seu desenvolvimento através da aplicação dos questionários aos Usuários, Profissionais de Saúde Bucal e Gestores dos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família da Área de Planejamento 5.3 (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba).

Impende salientar que o presente instrumento condiciona-se ao cumprimento das determinações éticas da RESOLUÇÃO Nº 466/2012 CNS/CONEP e, tendo sido aprovado pelo PARECER CONSUBSTANCIADO nº 3.021.421, caberá ao pesquisador apresentar o relatório final da pesquisa aos Gestores e Profissionais das respectivas unidades onde se desenvolverá a referida pesquisa.

Há que se afirmar, ademais, que o descumprimento das determinações supramencionadas garante a extinção desta anuência, há qualquer momento, sem que haja penalização aos envolvidos no projeto de pesquisa em comento.

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

MARCELO REGLY FERREIRA
Coordenador Geral
Matrícula: 11/229.245-6

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2 (S/SUBPAV/CAP-2.2) vem por intermédio de seu Coordenador infra-assinado, declarar apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Acesso à Saúde Bucal nas Capitais Brasileiras", na Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2, sob a responsabilidade da Pesquisadora Ana Catarina Busch Loivos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ.

Declaramos, ainda, ciência quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição Proponente/co-participante, deferindo anuência para seu desenvolvimento através da aplicação dos questionários aos Usuários, Profissionais de Saúde Bucal e Gestores dos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família da Área de Planejamento 2.2 a serem definidos posteriormente.

Impende salientar que o presente instrumento condiciona-se ao cumprimento das determinações éticas da RESOLUÇÃO N° 466/2012 CNS/CONEP e, tendo sido aprovado pelo PARECER CONSUBSTANCIADO n° 3021.421, caberá o pesquisador apresentar o relatório final da pesquisa aos Gestores e Profissionais das respectivas unidades onde desenvolverá a referida pesquisa.

Há que se afirmar, ademais, que o descumprimento das determinações supramencionadas garante a extinção desta anuência, há qualquer momento, sem que haja penalização aos envolvidos no projeto de pesquisa em comento.

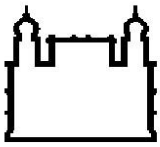
Rio de Janeiro, 23 de novembro de 2018.

Atenciosamente,

Paulo Roberto da Silva Peres
Coordenador Geral
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2
SMS/SUBPAV/CAP 2.2 - Matr. 11/145.589-8

Paulo Roberto da Silva Peres
Coordenador Geral da AP 2.2
Matrícula 11/145.589-8

APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO GESTORES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM GESTORES

Entrevista nº: _____

Sexo: _____; Profissão: _____; Cargo: _____;

Tempo de formado: _____

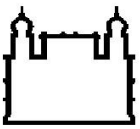
1. Como você percebe o acesso a saúde bucal dos usuários na APS? Quais as facilidades e dificuldades?

2. Como você percebe a relação entre a oferta das ações e as demandas dos usuários?

3. Como as políticas públicas interferem em seu cotidiano como gestor em relação às propostas que envolvem o acesso dos usuários?

4. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APENDICE B - QUESTIONÁRIO DENTISTAS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA PARA DENTISTA

Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB

Unidade de saúde_____

Local_____

Sexo ( ) F ( ) M

Idade

Modalidade da Equipe de saúde bucal:

( ) Tipo I ( )Tipo II

1) Há quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?_____

2)O (a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?

( ) Especialização_____

( ) Residência_____

( )Mestrado_____

( )Doutorado_____

3)A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?_____

4) Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de saúde bucal são atendidas por esta equipe?

( )Todos os dias da semana

( )Alguns dias da semana( )Nenhum dia da semana

5)A agenda de atendimento clínico da odontologia garante:

( )Apenas consultas odontológicas agendadas

( )Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea

( )Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda

Quantidade por turno_____

6) Quantos pacientes, em média, são atendidos no consultório, por turno?

_____

7) Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?

_____

9) Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?

( )Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.

( ) Em qualquer dia da semana, em horários específicos.

( ) Dias específicos fixos em até três dias na semana

( ) Dias específicos fixos em mais de três dias na semana

( )Dia específico fixo uma vez por mês

10) A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?

( ) Sim ( ) Não

11) A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?

( )Sim ( )Não

Em caso negativo porque?_____

12) A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?

( ) Sim ( ) Não

13)A Visita domiciliar se destina a algum grupo usuários especifico?

( ) Sim ( ) Não

Qual(s)_____

14) Com que frequência os pacientes faltam as consultas agendadas?

( ) Sempre

( ) Na maioria das vezes

( ) Quase nunca

( )Nunca

15) Normalmente qual a queixa principal do paciente atendido pela equipe de saúde bucal ?
( ) Tratamento

( ) Dor

( ) Extração de dentes

( ) Revisão

( ) Outros _____

16) Você se sente respeitado pelos pacientes ?

( ) Nunca

( ) Raramente

( ) Às vezes

( ) Muitas vezes

( ) Sempre

17)Com relação à quantidade de demanda espontânea você considera que ela :

( ) Tem diminuído

( )Permanece a mesma

( )Tem aumentado

Na sua opinião: Porque isso acontece? _____

19)Como você classifica o cuidado que você oferta aos seus pacientes:

( ) Muito bom

( ) Bom

( )Regular

( )Ruim

( )Muito ruim

20) Você participa ou participou organização da sua agenda semanal?

( ) Sim ( ) Não

21) Você faz monitoramento ou avaliação do acesso a saúde bucal na sua unidade?

( ) Sim ( )Não

Se afirmativo qual(is)_____

22) Você mantem algum canal de comunicação com os pacientes?

( ) Sim ( )Não

Quais?

( ) Rede Social

( ) Telefone

( ) E mail

( ) Whats App ( ) Nenhum

23) Como você classifica a sua comunicação com os pacientes?

( ) Muito boa

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

( ) Muito ruim

24) Como você classifica e o nível de compreensão dos pacientes quanto própria saúde bucal?

( ) Muito bom

( )Bom

( )Regular

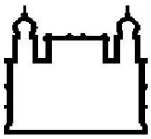
( )Ruim

( )Muito ruim

25) Em sua opinião, quais as principais barreiras a serem enfrentadas para a melhoria do acesso a saúde bucal?

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS

Local _____

Data_____/_____/_____

Sexo Feminino ( ) Masculino( )

1)Qual é a Idade do(a) senhor(a)? Anos

2)Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?

( )Branca

( )Preta

( )Amarela

( )Parda/mestiça

( )Indígena

( )Ignorada.

( )Não sabe/não respondeu/não lembra.

3)Até quando o (a) senhor(a) estudou?

Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever).

( ) É alfabetizado (sabe ler e escrever).

( ) Ensino fundamental incompleto

( )Ensino fundamental completo.

( )Ensino médio incompleto.

( )Ensino médio completo.

( )Ensino superior incompleto.

( )Ensino superior completo.

( )Pós-graduação.

( )Não sabe/não respondeu/não lembra.

4)O senhor trabalha? Sim ( ) Não( ).

5) O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?

Sim ( ) Não( )

6) Qual o valor?

( )Menos de 1 salário mínimo.

( )De 1 a 3 salários mínimos.

( )De 4 a 6 salários mínimos.

( )De 7 a 9 salários mínimos.

( )Mais de 10 salários mínimos.

7) Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?

( ) Menos de 10 minutos.

( )De 10 a 30 minutos.

( )Mais de 30 minutos.

( )Mais de 1hora.

8) Chegar até essa unidade de saúde é

( )Muito difícil

( )Difícil

( )Mais ou menos

( )Fácil

( )Muito fácil

9)Essa unidade de saúde faz marcação de consulta para o dentista ?

( ) Sim ( ) Não

10) O senhor(a) já passou por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal?

( ) Sim ( ) Não.

11)O senhor(a) teve alguma despesa com tratamento dentário no ultimo ano?

( ) Sim ( ) Não

Qual? _____

12) Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta para o dentista , normalmente demora quantos dias?

( ) para mesmo dia

( ) na mesma semana

( ) entre 15 e 20 dias

( ) Tem diminuído

( )Permanece a mesma

( )Tem aumentado

Na sua opinião: Porque isso acontece? _____

19)Como você classifica o cuidado que você oferta aos seus pacientes:

( ) Muito bom

( ) Bom

( )Regular

( )Ruim

( )Muito ruim

20) Você participa ou participou organização da sua agenda semanal?

( ) Sim ( ) Não

21) Você faz monitoramento ou avaliação do acesso a saúde bucal na sua unidade?

( ) Sim ( )Não

Se afirmativo qual(is)_____

22) Você mantem algum canal de comunicação com os pacientes?

( ) Sim ( )Não

Quais?

( ) Rede Social

( ) Telefone

( ) E mail

( ) Whats App ( ) Nenhum

16) Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?

( )Sim ( ) Não.

17) Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que o dentista busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?

( )Sempre

( )Na maioria das vezes

( )Quase nunca

( )Nunca

( )Não sabe/não respondeu/não lembra

18) O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com o dentista sobre suas preocupações?

( )Sempre

( )Na maioria das vezes

( )Quase nunca

( )Nunca

( )Não sabe/não respondeu/não lembra

19) O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?

( ) Sempre

( )Na maioria das vezes

( )Quase nunca

( )Nunca

( )Não sabe/não respondeu/não lembra

20) O(a) senhor(a) recomendaria este dentista para um amigo ou familiar?

( ) sim ( ) não

21) Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe do dentista de saúde é:

( )Muito bom

( )Bom

( )Regular

( )Ruim

( )Muito ruim

( )Não sabe/não respondeu/não lembra

22) De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo dentista

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23) Por favor, indique seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Dentistas se preocupam com a saúde de seus pacientes tanto quanto ou mais do que seus pacientes fazem.	○	○	○	○	○
Às vezes os dentistas se importam mais com o que é melhor para eles do que sobre as necessidades dentárias dos pacientes	○	○	○	○	○

Dentistas são extremamente minuciosos e cuidadosos.	○	○	○	○	○
Você confia totalmente nas' decisões dos dentistas sobre quais tratamentos dentários são melhores.	○	○	○	○	○
Os dentistas são totalmente honestos em dizer aos seus pacientes sobre todas as diferentes opções de tratamento disponíveis para suas condições	○	○	○	○	○
Dentistas pensam apenas sobre o que é melhor para a seus pacientes.	○	○	○	○	○
Às vezes os dentistas não prestam atenção total ao que os pacientes estão tentando dizer a eles	○	○	○	○	○
Os dentistas sempre usam sua melhor habilidade e esforço em nome de seus pacientes	○	○	○	○	○
Você não se preocupa em colocar sua saúde bucal em as mãos do dentista.	○	○	○	○	○
Um dentista nunca iria enganar você sobre qualquer coisa	○	○	○	○	○
Tudo em tudo, você confia completamente em dentistas.	○	○	○	○	○

APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DENTISTAS

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- DENTISTAS

Prezado participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS **CAPITAIS BRASILEIRAS",** desenvolvida por Ana Catarina Busch Loivos Busch Loivos, aluna do Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Drª Elizabeth Artmann.

Este convite é destinado a você, profissional de saúde da Secretaria Municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

O objetivo principal do estudo é verificar quais são os fatores que facilitam, e ou dificultam o acesso a saúde bucal. Desse modo, consideramos muito importante saber a sua opinião sobre o acesso e a qualidade das ações ofertadas pela saúde bucal nas unidades básicas de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Se você profissional de saúde do município do Rio de Janeiro decidir participar desta pesquisa, sua participação se dará respondendo a perguntas de um questionário. As entrevistas deverão ter uma duração média de uma hora.

. Você pode decidir se quer ou não participar da pesquisa, ou mesmo, pode decidir retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir de participar, caso já inicie a entrevista.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações por você prestadas. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

No futuro, os resultados poderão ser utilizados com fins científicos, podendo ser apresentados em forma de tese, palestras ou publicados em revistas científicas. Porém, garantimos que o seu nome não será citado em nenhum momento. Como também, asseguramos que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira Não há riscos físicos ou à saúde envolvida na sua participação neste estudo. Porém, você pode, diante de algumas perguntas, sentir-se constrangido ou pressionado a não revelar informações cuja divulgação considere prejudiciais a você ou a sua comunidade. Tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como interromper a entrevista a qualquer momento.

Caso você precise, o pesquisador irá responder, da melhor maneira possível quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Caso você tenha uma pergunta adicional após a realização das atividades, você pode entrar em contato com Ana Catarina Busch Loivos, telefone (21)998044311 ou através do e-mail- catarinaloivos@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. . Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato através do telefone/fax: (21) 2598-2863 / 2215-1485 ou pelos e-mails: cep@ensp.fiocruz.br. ou cepsms@rio.rj.gov.br
Endereços: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.
Comitê de Ética: Secretaria Municipal De Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ CEP: 20031-040.

Este Termo de consentimento será redigido em duas vias, e você receberá uma dessas vias. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você participantes da pesquisa e pelo pesquisador responsável

PARTICIPANTE:
Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

Nome:_____

Assinatura:_____

Local/Data:_____ , ____ de_____ de 201 .

PESQUISADOR:

Nome:_____

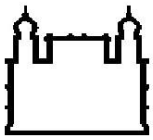
Assinatura do Pesquisador:_____

Local/Data_____, ____de_____ de 201.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APENDICE E -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-GESTORES

Prezado participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS, desenvolvida por Ana Catarina Busch Loivos Busch Loivos, aluna do Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Drª Elizabeth Artmann.

Este convite é destinado a você, gestor da Secretaria Municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

O objetivo principal desse estudo é verificar quais são os fatores que facilitam, e ou dificultam o acesso a saúde bucal. Desse modo, consideramos muito importante saber a sua opinião sobre o acesso e a qualidade das ações ofertadas pela saúde bucal nas unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Se você gestor do serviço público de saúde do município do Rio de Janeiro decidir participar desta pesquisa, sua participação se dará respondendo a perguntas de um roteiro de entrevista. As entrevistas deverão ter uma duração média de uma hora.

Pedimos sua autorização para que estas atividades sejam gravadas através de um equipamento de áudio. Para deixá-lo seguro (a) quanto ao sigilo da nossa conversa, informamos que as gravações não serão identificadas com seu nome, mas através de um número e, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e arquivadas em um computador protegido por senha e a própria gravação só poderá ser aberta diante da apresentação de uma senha de acesso que somente o pesquisador ou seus orientadores possuirão.

Rubrica pesquisador:_____ Rubrica participante: _____

Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações por você prestadas. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

No futuro, os resultados poderão ser utilizados com fins científicos, podendo ser apresentados em forma de tese, palestras ou publicados em revistas científicas. Porém, garantimos que o seu nome não será citado em nenhum momento. Como também, asseguramos que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Não há riscos físicos ou à sua saúde envolvida na sua participação neste estudo. Porém, você pode, diante de algumas perguntas, sentir-se constrangido ou pressionado a não revelar informações cuja divulgação considere prejudiciais a você ou outros. Tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como interromper a entrevista a qualquer momento.

Caso você precise, o pesquisador irá responder, da melhor maneira possível quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Caso você tenha uma pergunta adicional após a realização das atividades, você pode entrar em contato com Ana Catarina Busch Loivos, telefone (21)998044311 ou através do e-mail-catarinaloivos@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato através do telefone/fax: (21) 2598-2863 / 2215-1485 ou pelos e-mails: cep@ensp.fiocruz.br. ou cepsms@rio.rj.gov.br

Endereços: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.
Comitê de Ética: Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro - SMS/RJ Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ CEP: 20031-040.

Este Termo de consentimento será redigido em duas vias, e você receberá uma dessas vias. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável

:

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

PARTICIPANTE
Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

☐ **Autorizo a gravação da entrevista.**

☐ **Não autorizo a gravação da entrevista.**

Nome:_____

Assinatura:_____

Local/Data:_____ , ____ de_____ de 201

PESQUISADOR:

Nome:_____

Assinatura do Pesquisador:_____

Local/Data_____, ____de_____ de 201

APENDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- USUÁRIOS

Prezado participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **ACESSO À SAÚDE BUCAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS,** desenvolvida por Ana Catarina Busch Loivos Busch Loivos, aluno do Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Drª Elizabeth Artmann.

O principal objetivo desse estudo é verificar quais fatores facilitam, e ou dificultam o acesso à saúde bucal. Você esta sendo convidado (a) a participar porque como usuário dessa unidade de saúde, sua opinião é muito importante, e a sua cooperação nesta poderá contribuir para melhoraria o acesso e a qualidade das ações ofertadas pela saúde bucal nas unidades básicas de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Se você decidir participar desta pesquisa, sua participação se dará respondendo perguntas de um questionário. As atividades de entrevistas deverão ter uma duração média de uma hora.

Rubrica pesquisador: _____

Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações por você prestadas. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

No futuro, os resultados poderão ser utilizados com fins científicos, podendo serapresentados em forma de tese, palestras ou publicados em revistas científicas. Porém, garantimos que o seu nome não será citado em nenhum momento. Como também, asseguramos que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira Não há riscos físicos ou à saúde envolvida na sua participação neste estudo. Porém, você pode, diante de algumas perguntas, sentir-se constrangido ou pressionado a não revelar informações cuja divulgação considere prejudiciais a você ou a sua comunidade. Tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como interromper a entrevista a qualquer momento.

Caso você precise, o pesquisador irá responder, da melhor maneira possível, quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Caso você tenha uma pergunta adicional após a realização das atividades, você pode entrar em contato com Ana Catarina Busch Loivos telefone (21) 998044311ou através do e-mail: catarinaloivos@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. . Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato através do telefone/fax: (21) 2598-2863 / 2215-1485 ou pelos e-mails: cep@ensp.fiocruz.br. ou cepsms@rio.rj.gov.br

Endereços: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Comitê de Ética: Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro - SMS/RJ Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ CEP: 20031-040.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Este Termo de consentimento será redigido em duas vias, e você receberá uma das vias . Todas as páginas deverão ser rubricadas por você participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável

PARTICIPANTE:

Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

Nome:_____

Assinatura:_____

Local/Data:_____ , ____ de_____ de 201 .

PESQUISADOR:

Nome:_____

Assinatura do Pesquisador:_____

Local/Data_____, ____de_____ de 201.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____