



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
Área de Concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde**

**ALYRIO METELLO FILHO**

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador  
2013

**ALYRIO METELLO FILHO**

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva em formato de artigos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Tecnologias de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador  
2013

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

M58a Metello Filho, Alyrio.

Avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia saúde da família. / Alyrio Metello Filho. – 2012.  
70 f.; 30 cm.

Orientadora: Sonia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Salvador, 2013

Inclui bibliografia

**Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.**

**ALYRIO METELLO FILHO**

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE  
BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva em formato de artigos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Tecnologias de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Luiz Roberto Augusto Noro  
Faculdade de Odontologia da UFRN

---

Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu  
Faculdade de Odontologia da UFBA

---

Dra. Sônia Cristina Lima Chaves  
(Orientadora)  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

## APRESENTAÇÃO

Próximo de completar seus 25 anos de existência, o Sistema Único de Saúde vem trazendo a incorporação de tecnologias que muitas vezes traz a necessidade imediata de avaliação frente à busca de inconsistências que surgem em seus processos de implementação. Tais avaliações tornam, em dados momentos, possíveis a correção de processos de trabalho embutidos nos modelos de atenção vigentes.

Particularmente, este estudo surgiu da necessidade de entendimento de como os processos de trabalho em saúde bucal, especificamente na estratégia de Saúde da Família, podem proporcionar acesso ou não aos procedimentos odontológicos individuais.

Há 18 anos trabalho como profissional de nível superior na Secretaria de Estado da Saúde, sendo que os últimos 8 anos estive frente a observação dos serviços básicos de saúde no Escritório Regional de Pontes e Lacerda.

Esta experiência profissional nos processos de monitoramento e avaliação das equipes de saúde bucal nas unidades de Saúde da Família trouxe, por meio de indicadores analíticos, o questionamento relacionado com as baixas coberturas de primeiras consultas odontológicas programáticas apresentadas, muitas vezes frente a quadros de coberturas populacionais e taxas de utilizações satisfatórias.

Como cirurgião-dentista de formação e ator social neste processo observei que tais coberturas não condiziam com a resolução das necessidades em saúde bucal da população assistida e com o modelo de atenção em saúde bucal – Saúde Bucal Coletiva, sustentado nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

Partindo das evidências apresentadas, dispus a realizar um estudo científico cujo resultado tem sua apresentação por meio de dois artigos formulados, cujo contexto analisado foi a acessibilidade as ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família. O primeiro traz uma proposta metodológica para tal contexto a partir de um consenso de *experts*, o segundo apresenta um estudo de caso, cuja aplicação da matriz se deu em um município de pequeno porte no estado de Mato Grosso. Em ambos artigos nota-se que a aplicação de processos de trabalhos em saúde bucal ainda é um tema a ser mais explorado, bem como sua interferência direta nos contextos de acesso e utilização aos serviços odontológicos.

Deste modo, a finalização deste estudo é parte inicial de resposta a minha perspectiva de visualização de processos de trabalho nas equipes de saúde bucal que contemplem a minimização das iniquidades existentes no cenário da saúde bucal brasileira, bem como a possibilidade de geração de cidadania a aqueles cujo acesso e utilização destes serviços se encontram distantes.

Alyrio Metello Filho, CD.  
PNS/SUS/SESMT

## **DEDICATÓRIA**

A minha esposa Kely, meu filho Miguel, mãe Tereza e irmã Marta pelas preocupações no transcorrer desta etapa, amor, carinho e estímulo dedicados para que esta conquista fosse completa.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a ajuda prodigiosa de minha orientadora, Sônia Chaves, pela dedicação, paciência e carinho com que sempre me ensinou;

A todos os docentes e quadro de funcionários do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelo empenho nas aulas e suporte dado para realização do curso;

A Escola de Saúde Pública de Mato Grosso pela oportunidade dada a aqueles que querem contribuir para a Saúde Coletiva;

A Sandra Pavini, representando todo povo de Jauru, agradeço a acolhida e os préstimos dados a este estudo;

A todos que contribuíram direta ou indiretamente neste estudo. MUITO OBRIGADO!

**ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM  
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA  
METODOLÓGICA**



METELLO, Alyrio Filho. Avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família: uma proposta metodológica. 2013. Artigo científico (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

Este estudo formulou um modelo de avaliação da acessibilidade a ações clínicas individuais em saúde bucal, principalmente relacionados à estratégia de Saúde da Família por meio de uma matriz elaborada adotando-se a concepção de acessibilidade organizacional e geográfica, submetida a um comitê de cinco *experts* para validação, que atribuía a cada critério uma nota de 0 a 10, onde o 0 (zero) significou exclusão total e 10 (dez), inclusão máxima. Dos dezoito critérios sugeridos, quatorze foram validados dentro da dimensão organizacional, apontando alguns consensos quanto a múltiplas formas de acesso às consultas odontológicas com várias possibilidades (10,0, DP=0); Atendimento diário para urgência (10,0, DP=0); marcação permanente diária de consultas (9,4, DP=0,9); Equipamentos em funcionamento (9,4, DP=1,3) e instrumentos odontológicos disponíveis (9,2, DP=1,1) e Taxa de Utilização em valor igual ou acima de 80% da oferta disponível (9,2, DP=1,1). Na dimensão do processo, a substituição permanente de faltosos, bem como ampliação dos modos de execução dos procedimentos clínicos por hemiarco ou segundo necessidades dos usuários também foram validados. Tais aspectos se apresentaram como os mais relevantes para o aumento da acessibilidade aos procedimentos odontológicos individuais. A dimensão geográfica neste contexto de avaliação foi descartada pelos *experts* em função da territorialização definida na estratégia saúde da família, em curso no Brasil. A partir das médias e respectivos desvios-padrões foram sugeridas ponderações ao interior da matriz. Deste modo, a matriz com critérios validados na dimensão organizacional teve seu somatório de 27 pontos para a subdimensão estrutura, 69 pontos para a subdimensão processo e 9 pontos para a subdimensão resultado, perfazendo um total de 105 pontos. A construção desta proposta metodológica trouxe evidências que a acessibilidade a serviços odontológicos é uma importante temática a ser desenvolvida em função das poucas produções teóricas existentes, principalmente quando voltados à atenção primária. Sugere-se estudos que explorem os processos de trabalhos das equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família no sentido de identificar e descrever as barreiras existentes, inclusive na perspectiva das desigualdades em saúde bucal.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família. Avaliação de serviços de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

METELLO, Alyrio Filho. Evaluation of accessibility to clinical actions oral health strategy in Family Health: a methodological proposal. 2013. Dissertation (Professional Masters in Public Health) Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

## **ABSTRACT**

This study formulated a model for evaluating the accessibility of individual actions clinics in oral health, especially related to the Family Health Strategy through a matrix developed by adopting the concept of organizational and geographical accessibility, submitted to a committee of five *experts* for validation, which attributed to each criterion a score from 0 to 10, where 0 (zero) mean total exclusion and 10 (ten), maximum inclusion. Of the eighteen criteria suggested, fourteen were validated within the organizational dimension, pointing to some consensus as to multiple forms of access to dental consultations with various possibilities (10.0, SD = 0); Daily Attendance for urgency (10.0, SD = 0 ); permanent marking of daily queries (9.4, SD = 0.9); equipment in operation (9.4, SD = 1.3) and dental instruments available (9.2, SD = 1.1) and rate Use in an amount equal to or above 80% of the available supply (9.2, SD = 1.1). In the process dimension, the permanent replacement of faulty and magnification modes of execution of clinical procedures for hemi-arch or according user needs were also validated. These aspects are presented as the most relevant to the increased accessibility to individual dental procedures. The geographic scope of review in this context was dismissed by *experts* as a function of territorialization defined in the family health strategy, underway in Brazil. From the averages and standard deviations corresponding been suggested considerations to the interior of the matrix. Thus, the validated criteria array with the dimension of sum organizational had its 27 points to the structure sub dimension, 66 points to 9 points and sub dimension process for sub dimension result, a total of 105 points. The construction of this methodological proposal brought evidence that accessibility to dental services is an important theme to be developed on the basis of the few existing theoretical productions, especially when focused on primary care. It is suggested studies exploring the work processes of oral health teams in the Family Health strategy to identify and describe existing barriers, including from the perspective of oral health inequalities.

**Keywords:** Family Health. Health services evaluation. Health services accessibility.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Modelo teórico-lógico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família.

**Tabela 1** - Matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família com a pontuação média dada pelo comitê de *experts* e respectivo desvio padrão, 2012.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DP – Desvio-padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESB – Equipes de saúde bucal

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

SB – Saúde Bucal

SESMT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA .....</b>	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
FASE 1 – CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO .....	15
FASE 2 – CONSENSO ENTRE ESPECIALISTAS .....	18
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>5 RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>30</b>
<b>6 REFERERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A incorporação das ações de saúde bucal na atenção primária<sup>1</sup> e a melhor definição desta política em outros níveis de atenção propostas no BRASIL SORRIDENTE vêm suscitando uma série de perguntas sobre sua implementação no país (BRASIL, 2004). A partir da estratégia Saúde da Família tem-se a tentativa de dinamizar o acesso e utilização dos serviços básicos de saúde bucal por parte da população a ações educativas, preventivas e curativas.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios demonstrou que cerca de 11,7% da população brasileira nunca consultou um dentista. Porém este número apresenta-se em declínio quando comparado às pesquisas anteriores (IBGE, 2008). Corroboram os dados do último inquérito epidemiológico nacional SB - Brasil 2010, onde indivíduos acima de 15 anos ainda apresentam perda dental, bem como necessidade de tratamentos reabilitadores (BRASIL, 2011).

O último inquérito nacional (BRASIL, 2011), quando comparado com períodos anteriores, demonstra que as necessidades de saúde bucal ainda são amplas e reforçam estudos anteriores (BALDANI e ANTUNES, 2011) (TRAVASSOS e CASTRO, 2008) na implementação de medidas para minimização das iniquidades de acesso às ações odontológicas no serviço público.

Nesse contexto, fatores relacionados aos processos de trabalho das equipes podem gerar barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família. Cabe frisar que estas barreiras existem desde sua procura, entrada, utilização pelo usuário e continuidade no serviço (FRENK, 1985). Em termos comparativos constata-se que mesmo frente a uma cobertura populacional de 55% com equipes de saúde bucal vinculadas ao modelo Saúde da Família, o Brasil apresentou uma cobertura de primeira consulta odontológica em torno de 15,4% e 10,2%<sup>2</sup> para os anos de 2011 e 2012, respectivamente (BRASIL, 2012).

Estudos de acessibilidade podem incorporar ou não a utilização de serviços, buscando em primeiro momento explorar o quanto os serviços de saúde estão organizados para atendimento dos seus potenciais usuários.

---

<sup>1</sup> Portaria MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000.

<sup>2</sup> Dados colhidos até o mês de setembro/2012.

Considerações a respeito dos conceitos que estão sendo utilizados neste estudo são necessárias para melhor compreensão do mesmo. Nesse sentido, a acessibilidade é aqui compreendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de gerá-los e resolver as necessidades da população (DONABEDIAN, 1988). Deste modo, refere-se às características dos serviços e seus recursos capazes de facilitar, limitar ou obstruir a utilização por seus potenciais usuários (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Por outro lado, a utilização de serviços (cobertura real) é entendida como resultante da interação entre o comportamento do indivíduo que precisa do cuidado, do profissional que o conduz dentro deste sistema de serviço de saúde e das próprias características deste sistema de saúde, produtoras de acesso (CHAVES, CRUZ, BARROS e FIGUEIREDO, 2011). É um indicador de acesso, deste modo conciliáveis numa avaliação de acessibilidade quando o ato de utilização passa a ter obstáculos importantes à obtenção dos serviços por parte dos usuários (VIEIRA-da-SILVA, 2005).

Estudos de acessibilidade a serviços de saúde (LIMA et al., 2007) (CUNHA E VIEIRA-DA-SILVA, 2010) (DALL'AGNOL, LIMA e RAMOS, 2009) (RIBEIRO-SOBRINHO, SOUZA e CHAVES, 2008) trazem os fatores relacionados ao processo de trabalho das equipes e aspectos geográficos dos serviços de saúde que podem dificultar, obstruir ou facilitar o acesso a estes. Nesse sentido, persistem inconsistências e, podendo estas estar relacionadas com a forma de organização do sistema de serviços - acessibilidade organizacional, como nas barreiras geográficas porventura existentes - acessibilidade geográfica (DONABEDIAN, 1988), além das barreiras culturais ou sociais, não objeto deste estudo.

No contexto de saúde bucal, os serviços públicos foram mencionados como os mais utilizados pela população e as questões relacionadas ao acesso do mesmo são mais complexas haja vista que um mesmo paciente pode necessitar de um número de consultas relativamente elevado, o que pode reduzir sobremaneira a cobertura desse serviço na sua área de referência.

Estudo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde bucal na atenção primária (CASTRO, RONCALLI e ARAÚJO, 2011) e, especificamente na estratégia Saúde da Família utilizou de métodos quantitativos, com análises estatísticas (MELO, BRAGA E FORTE, 2011) ou sob a ótica de análise de discurso de

pesquisas semiestruturadas, sem a definição prévia de critérios e padrões definidos para classificação da mesma (REIS et al., 2009).

Deste modo, poucos são os estudos de avaliação de acesso aos serviços odontológicos de natureza qualitativa, com recorte de avaliação em saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Há também pouco foco em estudos de avaliação da acessibilidade aos serviços públicos odontológicos na atenção primária, favorecendo a ampliação das características desses serviços que podem estar contribuindo para barreiras organizacionais e, portanto, reduzindo o acesso.

Além disso, uma melhor articulação das dimensões da acessibilidade – organizacional e geográfica - junto à perspectiva dos recursos de poder dos usuários não tem sido objeto de intervenção (CUNHA e VIEIRA-da-SILVA, 2010). Nesse sentido, este estudo propõe uma metodologia para avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família.



## 2 METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos adotados neste estudo foram compostos por duas fases. A primeira constituiu-se da construção de uma matriz para avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família. Posteriormente, foi realizada uma consulta a especialistas para a validação da mesma.

### FASE 1 – CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO

A construção da proposta metodológica deu-se a partir da elaboração de um modelo teórico-lógico com base em Cunha & Vieira-da-Silva (2010) e Chaves & Vieira-da-Silva (2007) como forma de definição do modelo de intervenção, bem como outros autores que tem problematizado a organização da saúde bucal no sistema público de saúde no Brasil (ROCHA e GÓES, 2008) (PEREIRA et al., 2009) (BALDANI e ANTUNES, 2009) (CHAVES et al., 2010, 2011) (MOYSÉS, KRIGER e MOYSÉS, 2008) e os documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre “Atenção Básica em saúde bucal” (BRASIL, 2008). Cabe destacar que a modelização de intervenções, apesar de recente no campo da avaliação, tem crescido nos últimos anos pela valorização da perspectiva teórica, possibilitando explicitar a relação entre as ações organizadas e seus possíveis efeitos sobre a situação-problemática, neste caso, a pouca acessibilidade às ações clínicas odontológicas nas ESF.

A proposta inicial partiu das dimensões, organizacional - com a abordagem proposta por Donabedian (1988) das subdimensões da estrutura e processo - e geográfica que conformam os atendimentos clínicos em saúde bucal na estratégia Saúde da Família. A dimensão sócio-cultural não foi objeto de investigação nesse estudo.

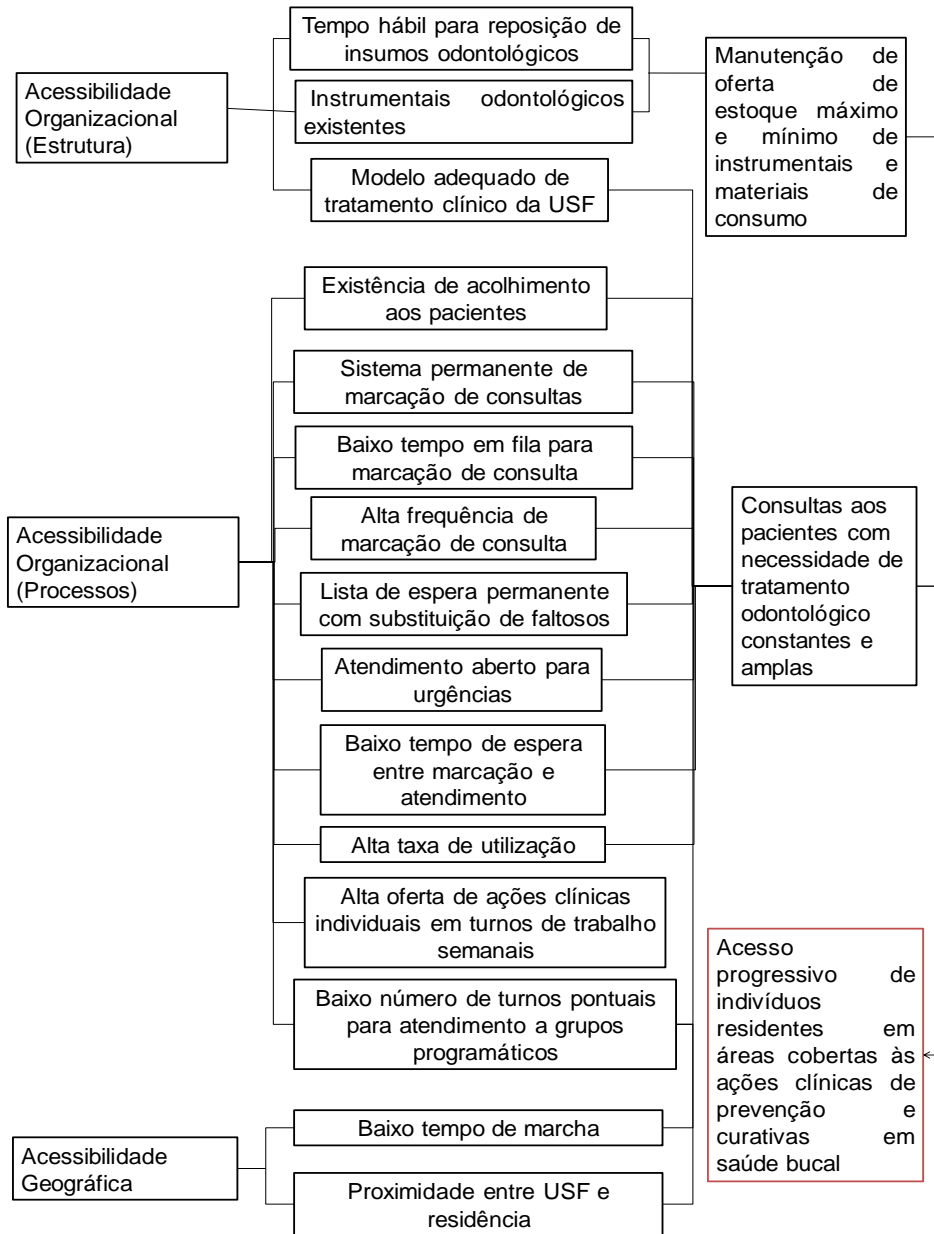
Os critérios propostos para análise relacionados à estrutura foram: (a) Reposição de insumos odontológicos; (b) Instrumentais odontológicos existentes; (c) Modelo de Tratamento da USF (demanda espontânea com tratamento completado, demanda espontânea sem ênfase no tratamento completado, oferta organizada através de triagem de dano ou risco social, entre outros que poderão emergir do trabalho de campo).

Os critérios relacionados a processo: (a) Acolhimento aos pacientes; (b) Sistema de marcação de consultas; (c) Tempo em fila para marcação de consulta; (d) Frequência de marcação de consulta; (e) Lista de espera permanente, ou seja, todos os dias há substituição de faltosos por aqueles que frequentam a Unidade de saúde por algum motivo; (f) Atendimento aberto para urgências (sim ou não), ou seja, todos os casos de urgência que chegam à Unidade são atendidos no mesmo turno; (g) Tempo de espera entre a marcação e o atendimento (em dias); (h) Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais; (i) Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais.

Em relação à acessibilidade geográfica, os critérios adotados foram: (a) Proximidade entre USF e residência (sim ou não); (b) Tempo de marcha da residência até a unidade em minutos;

A figura 1 representa o modelo teórico-lógico inicial dos fatores associados à acessibilidade ao tratamento odontológico individual na ESF adaptado de Cunha & Vieira-da-Silva (2010) e Chaves & Vieira-da-Silva (2007).

Figura 1 – Modelo teórico-lógico inicial dos prováveis fatores associados à acessibilidade ao tratamento odontológico individual em USF.



Fonte: Adaptado de Cunha & Vieira-da-Silva (2010) e Chaves & Vieira-da-Silva (2007).

## FASE 2 - CONSENSO ENTRE ESPECIALISTAS

Do modelo teórico-lógico partiu-se para a elaboração de uma matriz que revelasse as dimensões, subdimensões, critérios, pontuação, padrões e fonte de evidências a serem utilizadas para a formação de uma possível “imagem-objetivo” da avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família. O conceito de critério é aquele de características que podem ser mensuráveis (indicadores) e, padrão é uma medida de referência de um critério em determinado contexto, podendo ou não ser apresentado numericamente (BROUSSELLE et al., 2011).

Da matriz sistematizada passou para a validação da mesma por meio de uma técnica de consenso denominada Delfos<sup>3</sup> como forma de garantir a concordância da proposta tendo em vista tratar-se de uma atitude inovadora nos processos de avaliação dos serviços em saúde bucal.

O comitê de especialistas foi composto por três professores com doutorado da área de Saúde Bucal Coletiva e duas profissionais de nível superior da Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso com mestrado na área de avaliação em saúde.

A primeira consulta constou do envio da referida matriz com 15 critérios para cada membro via correio eletrônico, onde o mesmo atribuía ao critério uma nota de 0 a 10, onde o 0 (zero) significa exclusão total e 10 (dez), inclusão máxima, bem como descreviam as justificativas para pontuação do critério, identificavam quais questões poderiam ser mais representativas para este e sua relação com a subdimensão proposta. Os *experts* também podiam indicar suas sugestões para melhoria da matriz proposta, caso sentissem necessidades de reformulações com indicação de novos critérios.

Esse método permite a maior reflexão dos especialistas em função do tempo disponibilizado para definição dos valores nos critérios adotados na matriz, além de eliminar os possíveis argumentos de autoridade, como em outros tipos de consenso (VIEIRA-da-SILVA, 2005).

Retornadas ao pesquisador, as respostas obtidas foram analisadas estatisticamente por meio das médias e desvios-padrões referentes a cada critério.

---

<sup>3</sup> Técnica para busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas sobre um tópico particular através de questionamentos sucessivos: assim, promove a convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada (Santos, Vidotto e Giublin, 2005) (Wright e Giovino, 2000).

Nesse sentido, a maior média do critério indicava maior importância do mesmo. Em relação ao desvio-padrão, quanto menor seu valor, maior o grau de consenso entre as respostas dos especialistas, independentemente da média do critério avaliado.

Os critérios que foram mantidos na matriz foram aqueles com valor de média igual ou maior que sete, ou com valor de desvio-padrão menor ou igual a três foi considerado consensual. Desvio-padrão acima deste valor foi descartado da matriz. Critérios com média igual ou superior a sete e com desvio-padrão maior que três foram descartados, pois apesar de importantes, não são consensuais.

Uma segunda consulta foi realizada, pois houve a necessidade de melhor fundamentação dos critérios, de seus respectivos padrões e de suas relações com as dimensões e subdimensões em função das contribuições dos *experts*.

Nova matriz foi enviada aos *experts* por correio eletrônico. A matriz enviada individualizada para cada *expert* continha sua pontuação anterior, a média obtida da consulta ao grupo de cinco especialistas a cada critério e desvio-padrão relacionado ao mesmo. Foi solicitado a cada *expert* uma análise do padrão proposto para cada critério e atribuição de uma nova pontuação ou a manutenção da anterior.

Desta maneira, os novos critérios relacionados na subdimensão estrutura foram: (a) Reposição de insumos odontológicos; (b) Instrumentais odontológicos existentes; (c) Equipamentos odontológicos em funcionamento existentes; (d) Composição da equipe de saúde bucal.

Os novos critérios relacionados na subdimensão processo foram: (a) Acolhimento aos pacientes com escuta caracterizando o indivíduo em função de agravo/dor ou risco; (b) Forma de acesso às consultas odontológicas de múltiplas formas; (c) Tempo em fila de espera para marcação de consulta de até 15 minutos; (d) Forma de marcação diária de consultas; (e) Lista de espera permanente de substituição de faltosos; (f) Atendimento para urgências (sim ou não), ou seja, todos os casos de urgência que chegam à Unidade são atendidos no mesmo turno; (g) Tempo de espera entre a marcação e o atendimento em até 15 dias; (h) Oferta de ações clínicas individuais em 7 (sete) turnos de trabalho semanais; (i) Atendimentos a grupos programáticos em 1 (um) turno pontual; (j) Modelo de atendimento clínico da USF baseado no atendimento de demanda espontânea, através de triagem de riscos na área adstrita e oferta organizada; (k) Atendimento da demanda espontânea

baseado na execução por procedimento, hemiarco ou conforme necessidades dos usuários.

Uma nova subdimensão foi criada e relacionada à abordagem do resultado de Donabedian. Os novos critérios sugeridos para esta foram: (a) Taxa de utilização igual ou acima de 80% dos procedimentos disponíveis pela equipe no período e; (b) Cobertura da primeira consulta odontológica programática aumentando de acordo com a continuidade da prestação de serviços pelas equipes de saúde bucal em períodos anuais. Nota-se que houve a transposição do primeiro critério para esta nova subdimensão, pois anteriormente encontrava-se na subdimensão processo.

A validação final da matriz obedeceu aos pontos de corte anteriormente estabelecidos quando da primeira consulta.

### 3 RESULTADOS

Dos 19 critérios apresentados na matriz para validação final, 15 deles foram validados. Os critérios que se apresentaram mais relevantes foram: (1) Forma de acesso às consultas odontológicas com várias possibilidades de acesso (10,0); (2) Atendimento diário para urgência (10,0); (3) Marcação diária de consulta (9,4); (4) Equipamentos odontológicos em funcionamento existentes (9,4); (5) Instrumentais odontológicos existentes conforme portaria regulamentadora (9,2); (6) Reposição de insumos odontológicos no prazo de uma semana (9,2); (7) Taxa de utilização em valor igual ou acima de 80% dos procedimentos disponíveis (9,2); (8) Acolhimento ao paciente com escuta qualificada em função do agravo/dor ou risco (9,2) e (9) Modelo de atendimento da demanda espontânea executado por procedimento, hemiarco ou conforme necessidades dos usuários (9,0).

A tabela 1 abaixo apresenta os componentes da referida matriz de avaliação suas respectivas médias e desvios-padrões, bem como propõe uma distribuição de pontos coerentes com a validação pelos *experts* a ser aplicada para avaliação da acessibilidade.

**Tabela 1 - Matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família com a pontuação média e respectivo desvio padrão dados pelo comitê de experts e a pontuação referida para cada componente, 2012.**

DIMENSÕES/ SUBDIMENSÕES	Critérios/Padrão esperado na imagem objetivo, ou seja, a melhor referência.	Nota Média (DP)	Pontuação Máxima Proposta
<b>ORGANIZACIONAL (ESTRUTURA) – 27 pontos</b>			
Reposição de insumos odontológicos	Os insumos odontológicos são entregues em tempo adequado (uma semana) após solicitação por parte da equipe	9,2 ( $\pm 1,1$ )	9
Instrumentais odontológicos existentes	Presença de kits em número adequado (8 ou mais kits) com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo	9,2 ( $\pm 1,1$ )	9
	Presença de número adequado (02 jogos ou mais) de material cirúrgico (fórceps, tesouras, alavancas...)	7,8 ( $\pm 3,5$ )	-
Equipamentos odontológicos em funcionamento existentes	Presença dos equipamentos odontológicos constantes da Portaria MS nº. 750, de 10/10/2006.	9,4 ( $\pm 1,3$ )	9
Composição da equipe de saúde bucal	Presença de CD, ASB e TSB na equipe de saúde bucal.	7,2 ( $\pm 4,4$ )	-
<b>ORGANIZACIONAL (PROCESSO) – 69 pontos</b>			
Acolhimento ao paciente	Na USF, a escuta é realizada por parte da equipe de saúde da família, caracterizando o indivíduo em função do agravo/dor ou risco (biológico ou social).	9,2 ( $\pm 1,8$ )	9
Formas de acesso às consultas odontológicas	Marcação de consultas é de múltiplas formas como demanda espontânea, via ACS, visitas domiciliares, ações coletivas e outras estratégias como enfoque no dano ou risco.	10,0 (0)	9
Tempo em fila de espera para marcação de consulta	Até 15 minutos	7,8( $\pm 2,2$ )	3
Forma da marcação de consulta	Marcação diária em qualquer turno para consulta odontológica (marcação permanente, sem dia específico).	9,4 ( $\pm 0,9$ )	9
Lista de espera permanente de substituição de faltosos	Presença de lista de espera com substituição imediata do paciente faltoso de forma sistemática.	7,0 ( $\pm 2,5$ )	3
Atendimento para urgência	Atendimento diário de urgências a qualquer momento sem encaminhamento de casos a outros serviços.	10,0 (0)	9
Tempo de espera entre marcação e atendimento	Até quinze dias.	8,8 ( $\pm 1,6$ )	6
Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (referência= 07 turnos semanais)	07 turnos semanais conforme Portaria nº 65/2012/GBSESMT e Caderno de Atenção Básica nº. 17 - Saúde Bucal do Ministério da Saúde	8,4 ( $\pm 0,9$ )	6
Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais	Um turno na semana	7,0 ( $\pm 2,8$ )	3
Modelo de atendimento clínico da USF	Atendimento de demanda espontânea, através de triagem de riscos na área adstrita e oferta organizada.	7 ( $\pm 1,73$ )	3
Modelo de atendimento de demanda espontânea	Execução do tratamento por procedimento, por hemiarco ou diversas formas de atendimentos segundo necessidades do usuário.	9,0 ( $\pm 1,4$ )	9
<b>ORGANIZACIONAL (RESULTADO) – 9 pontos</b>			
Taxa de utilização	$\geq 80\%$ do potencial produtivo de recursos humanos, ou seja, 80% das consultas/procedimentos disponíveis são utilizadas.	9,2 ( $\pm 1,1$ )	9
Cobertura da primeira consulta odontológica programática	Aumento progressivo anual na proporção da população atendida na área adstrita	6,8 ( $\pm 4,1$ )	-



A dimensão organizacional se manteve como definidora para avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família mediante a aplicação dos pontos de corte estabelecidos no estudo.

Em relação aos critérios adotados e suas respectivas subdimensões houve um alto grau de consenso entre os *experts*, porém salientaram que o critério “Modelo de atenção na USF”, apesar de ter alto grau de importância deveria estar dentro da subdimensão processo. Para tal critério fora sugerido sua análise atribuindo a forma clínica do atendimento, que *a posteriori* evidenciou sua inclusão na matriz de avaliação como “Modelo de atendimento clínico da USF”, bem como distingui-lo em relação a outro critério adotado nesta subdimensão – “Modelo de atendimento da demanda espontânea.

Dos 15 critérios adotados, 8 deles obtiveram a média entre 9,1 a 10,0 pontos, 4 de 8,1 a 9,0 pontos e 3 de 7,0 a 8,0 pontos. Cabe destacar que, 12 critérios apresentaram alto grau de consenso entre os *experts* selecionados (DP < 2,0).

Em relação aos 17 critérios apresentados para a dimensão organizacional, dois foram descartados e 15 validados.

Os 3 critérios validados na subdimensão estrutura obtiveram médias com valores acima de 9 pontos e com alto consenso entre os *experts* denotando deste modo um alto grau de importância da subdimensão e dos critérios sugeridos na matriz de avaliação, ou seja, dos aspectos de reposição de insumos e manutenção de equipamentos odontológicos, o que é bastante coerente.

Nesta subdimensão foi descartado o critério “Composição da equipe de saúde bucal”, pois o mesmo apresentou 7,2 ( $\pm$  4,4) para seus valores de média (desvio-padrão). Também foi descartado o componente referente ao número adequado de material cirúrgico do critério “Instrumentais odontológicos presentes”, pois o mesmo apresentou um dissenso em relação aos *experts* (DP =  $\pm$  3,2), mesmo apresentando a média (= 7,8) acima do ponto de corte.

Em relação à subdimensão processo pode-se observar que 7 critérios obtiveram médias com valores próximos e acima de 9 pontos, apresentando também alto consenso entre os *experts*. Porém 3 critérios obtiveram um baixo consenso entre os *experts*, sendo que 2 deles apresentaram a média igual a sugerida neste

estudo para o ponto de corte - Lista de espera permanente de substituição de faltosos e Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais.

A subdimensão resultado teve o critério “Taxa de utilização” validado em função do alto consenso obtido ( $DP = \pm 1,1$ ) e de sua média (= 9,2). Porém o critério “Cobertura de primeira consulta odontológica programática” foi descartado apresentando dissenso entre os *experts* ( $DP = \pm 4,09$ ) e média abaixo da preconizada para validação do critério (= 6,6).

Os valores de pontuações máximas atribuídos aos critérios tiveram a sua pontuação no valor de 3, 6 e 9 pontos. Para os critérios com média igual e maior que 7 e menor que 8 foram atribuídos o valor de 3. O valor de 6 pontos foi dado aos critérios com valor de média igual ou maior que 8 e menor que 9. O maior valor de 9 pontos foi dado aos critérios com valores de média igual ou maior que 9.

A matriz com critérios validados tem seu somatório de pontuação máxima proposta a ser atribuída a dimensão organizacional de 105 pontos, sendo 27 pontos para a subdimensão estrutura, 69 pontos para a subdimensão processo e 9 pontos para a subdimensão resultado.

Dois critérios relacionados à dimensão geográfica apresentaram as médias abaixo de 7 pontos e apresentaram alto grau de consenso pelos *experts*, sendo excluídos.

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo validou uma proposta de matriz para avaliação da acessibilidade a ações clínicas odontológicas na estratégia Saúde da Família, apontando alguns consensos quanto à reposição de insumos e manutenção de equipamentos, bem como a marcação permanente de consultas por várias formas, com substituição de faltosos, bem como ampliação dos modos de execução dos procedimentos clínicos por hemiarco ou segundo necessidades dos usuários.

Aspectos organizacionais são apontados como um dos principais motivos que levavam os usuários a utilizar quatro unidades básicas de saúde em um município baiano. Nestas, o acolhimento foi o critério de maior relevância para a avaliação neste contexto (CUNHA e VIEIRA-da-SILVA, 2010).

A acessibilidade aos serviços odontológicos pode ser completada pela facilidade de marcar consultas e a proximidade com a moradia (DALL'AGNOL, LIMA e RAMOS, 2009), bem como se tornam barreiras organizacionais: o tempo prolongado para atendimento, a escassa oferta de consultas odontológicas e a demora no atendimento (LIMA et al., 2007).

Aspectos organizacionais podem ser barreiras de acesso que impedem a continuidade do usuário no sistema de serviços de saúde. Observação de estudo sobre o abandono ao tratamento odontológico em uma unidade de saúde em Porto Alegre comprovou que muitos pacientes abandonavam o tratamento antes de sua conclusão em função da duração do tratamento demasiadamente longo, falta de acolhimento e não poder faltar ao serviço (emprego) (ROCHA e BERCHT, 2000). Reforça a utilização destes aspectos como critérios avaliativos, a observação do tempo de espera entre marcação e consulta e o tempo de espera entre os procedimentos, sendo estes os pontos mais considerados para a melhoria do atendimento odontológico no estudo acima referido (ROCHA e BERCHT, 2000). Outrossim, destaca-se o tempo de espera entre marcação e consulta como uma importante barreira organizacional a serviços odontológicos em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de um município baiano de pequeno porte (SOUZA e CHAVES, 2010).

Estudo realizado no quadriênio 2005 - 2008 para a apreciação do grau de implantação do projeto para melhoria da acessibilidade e da humanização no acolhimento à rede básica do SUS do município de Salvador (Bahia) traz

recomendações de atividades voltadas para a instituição da lista de espera permanente de substituição de faltosos e diminuição no tempo em fila de espera para marcação de consultas. Deste modo, tais atividades são passíveis na determinação de critérios voltados a acessibilidade e sua avaliação (VIEIRA-da-SILVA et al., 2010). Confirma tal posicionamento o estudo realizado para avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, realizado em um município da Bahia em gestão plena do sistema, cujos critérios acima apresentados aparecem em evidência na matriz de avaliação proposta (CUNHA e VIEIRA-da-SILVA, 2010).

Equipamentos e instrumentais odontológicos existentes são critérios já inseridos no contexto de monitoramento de equipes de saúde bucal por meio de instrumentos legais de avaliação que auxiliam na melhoria do acesso aos usuários e da qualidade dos serviços de saúde na Atenção Primária. A Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ) e seus diversos componentes é um programa de destaque na avaliação do acesso aos serviços básicos de saúde, auxiliando estados e municípios nos avanços a serem instituídos para a implementação do modelo Saúde da Família como organizador dos serviços de saúde na rede básica (BRASIL, 2005).

Taxa de utilização é outro componente de avaliação de caráter normativo e instituído nos processos de auditoria analítica nos serviços de saúde bucal. Tal critério neste estudo é referenciado como a proporção obtida entre o número de procedimentos individuais realizados pelas equipes e o potencial produtivo de recursos humanos possíveis nos dias úteis de um determinado período (BRASIL, 2005).

Atendimento às urgências, além do caráter normativo estabelecido no monitoramento das equipes de saúde bucal, tem o lado ético pela qual devem ser prontamente atendidas e representarem soluções imediatas de alívio aos problemas relacionados com a dor e o desconforto do paciente (BRASIL, 2008). Em função do descaso em que a maioria dos municípios brasileiros foram submetidos por vários anos em relação a sua saúde bucal, tal ação em Saúde da Família tem sua oferta diária em qualquer turno como requisito fundamental para o acesso dos usuários aos serviços clínicos.

Critérios como modelo de atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais e modelo de atendimento clínico na unidade de Saúde da Família são importantes na avaliação da acessibilidade organizacional, tendo em vista suas relações com os processos de trabalho das equipes de saúde bucal.

Recentemente, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) reafirmou a Atenção Básica como porta de entrada do sistema de serviços de saúde e o modelo Saúde da Família como organizador neste nível de atenção numa tentativa de confirmar os princípios do SUS.

Discrepâncias na forma de implantação de modelos assistenciais em saúde bucal nos municípios e focalização de ações em grupos específicos na população levam a persistências de iniquidades em saúde bucal muitas vezes pela não análise das necessidades locais gerando oferta de serviços não condizentes com as mesmas (PEREIRA e cols., 2009) (BALDANI, ALMEIDA e ANTUNES, 2009).

Sendo assim, em relação ao critério adotado “Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais” associa-se este as diversas ações programáticas em saúde introduzidas no Saúde da Família pelas equipes. Grupos como gestantes, crianças menores de 06 anos de idade e estudantes até 14 anos de idade ou condição de vida como diabéticos e hipertensos ainda são grupos trabalhados em consonância a modelos anteriores de atenção e que ainda persistem em grande parte das equipes de Saúde da Família.

Porém, tais grupos independentemente do dano ou risco a que estão submetidos tem na abordagem de monitoramento das condições bucais de suas populações uma maior ênfase dada pelo Ministério da Saúde em função do seu componente de atendimento individual (BRASIL, 2008).

Contestando tal prerrogativa, traz-se neste estudo uma melhor definição do atendimento odontológico individual em função do risco e do dano, portanto se propõe somente um turno na semana como padrão para este critério aos indivíduos participantes. Sabendo que a avaliação do risco ou dano independentemente de estado ou condição de vida dos indivíduos tem no fator social, o grande determinante no planejamento para o direcionamento das ações e serviços em saúde bucal, portanto, deve ser transversal no processo de marcação de consultas.

A definição de um modelo de atendimento clínico deve ser sempre bem orientada, tendo em vista que de acordo a atenção dirigida ao usuário obtém-se um maior acesso e utilização dos serviços odontológicos de caráter individual, questões pouco problematizadas na prática pública pela hegemonia do modelo de atenção da odontologia de mercado.

Estudo abordando a resolutividade de casos clínicos na saúde bucal das equipes da estratégia da saúde da Família em Sobral (Ceará) mostrou que o

tratamento clínico realizado por hemiarcada propicia um aumento de rendimento por consulta. Consequentemente, novos acessos e futuras utilizações ocorrerão com maior frequência, tendo em vista o menor número de consultas por paciente, desde que os faltosos sejam substituídos diariamente. Porém existem casos em que o paciente procura o serviço para o atendimento com dor ou para realização de um só procedimento, sendo deste modo também um procedimento ideal, pois este é resolutivo para o paciente na eliminação ou alívio da causa principal (NORO, 2008), já prevista nos documentos oficiais para o atendimento de urgências.

Independente do serviço clínico a ser prestado, de caráter preventivo, restaurador ou cirúrgico, a demanda espontânea deve ser melhor entendida em sua gênese e seu atendimento realizado pelas equipes de saúde bucal como forma de gerar acesso aos serviços odontológicos por quem os procuram.

Modelo mais empregado de oferta organizada subsidia-se na relação de primeira consulta odontológica programada a tratamento concluído, porém em função das iniquidades em saúde bucal observa-se que tal modelo não permite um acesso e utilização por parte da maioria da população adstrita a um território, mesmo que presente alta taxa de utilização. Portanto, a equipe de saúde bucal deve-se manter atenta de como subsidiar ações clínicas à população, mantendo um processo equitativo para o acesso nas mesmas.

Neste estudo acredita-se que o acesso a consultas sendo oferecidas em diversas formas, tais como por meio de demanda espontânea, via agentes comunitários de saúde (ACS), visitas domiciliares, ações coletivas e outras estratégias como enfoque no dano ou risco possibilitam uma melhoria no acesso aos serviços odontológicos por parte dos seus potenciais usuários.

Componente de avaliação das equipes de saúde dos municípios que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Saúde da Família, outro critério que possibilita maiores estudos a seu respeito e que definirá tomada de decisões importantes dentro do contexto de gestão da logística de um estabelecimento de saúde é realizado quando da reposição de insumos odontológicos. Neste estudo, para efeito no mesmo, somente se considera os prazos a serem entregues tais insumos, pois um atraso no fornecimento dos mesmos impossibilita o acesso e utilização dos usuários aos serviços odontológicos.

Acessibilidade geográfica neste estudo assemelha-se com o de Cunha e Vieira-da-Silva (2010) que ressalta que em relação à mesma, as unidades de Saúde

da Família mostram satisfatórias. Comprova-se deste modo que a territorialização bem definida facilita o acesso aos serviços de saúde bucal, diminuindo o tempo e a distância a ser percorrida.

Estudo tailandês sobre a avaliação da equidade horizontal<sup>4</sup> comprovou que a utilização dos serviços odontológicos a partir da incorporação de um sistema de serviço público de cobertura universal a população em geral a outros dois sistemas de prestação de serviços de saúde a grupos específicos não são suficientes para solucionar as iniquidades em saúde. Notou-se que tais serviços públicos eram mais utilizados pelos pobres que viviam na zona rural, persistindo deste modo iniquidades em saúde bucal, geradas pelas barreiras geográficas estabelecidas pelo alto custo dos transportes pelos usuários citados e na pior das situações, o desembolso direto a serviços não ofertados pelo sistema de cobertura universal (barreira organizacional) (SOMKOTRA e DETSOMBOONRAT, 2009).

Acessibilidade geográfica então deve ser uma questão a ser analisada individualmente para cada caso quando da aplicação da avaliação neste contexto trabalhado, pois uma má distribuição espacial das equipes de atenção primária (Saúde da Família) podem gerar barreiras de acesso aos seus usuários potenciais.

A validação preliminar da proposta apresentada consolidou-se com o comitê de *experts*, porém a condução de estudos de caso poderão dar a validade externa e a possibilidade de inclusão de novas dimensões e critérios mediante as realidades apresentadas, bem como apresentar seus limites.

Este estudo traz a tona questões para futuras reflexões a respeito dos assuntos abordados, pois o mesmo não tem a pretensão de definir uma imagem-objetivo que seja única para a avaliação da acessibilidade, mesmo porque os consensos são provisórios. Porém, busca-se ampliar a discussão em função da grande necessidade de conhecimento científico para subsidiar a formulação de políticas específicas nessa área.

---

<sup>4</sup> Entende-se por equidade horizontal, a igualdade entre os iguais. Segundo Travassos e Castro (2008) é operacionalizada quando da igualdade na utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais.

## 5 RECOMENDAÇÕES

A construção desta proposta metodológica traz evidências que a acessibilidade a serviços odontológicos é uma importante temática a ser desenvolvida em função das poucas produções teóricas existentes, principalmente quando voltados à atenção primária.

Possibilidades de estudos relacionados a componentes de processos de trabalhos das equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família estão abertas de forma a garantir quadros de acesso e utilização dos serviços em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A partir desta realidade faz-se necessário uma reorganização dos serviços de saúde bucal (BARROS e BERTOLDI, 2002), especialmente de caráter individual curativo pela sua especificidade, onde as ações de atenção básica são predominantes, já que nelas se encontram a maioria das respostas as necessidades de saúde bucal da população.



## 6 REFERÊNCIAS

- BALDANI, M.H.; ANTUNES, J.F.L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27s2/14.pdf>>. Acesso em 04.12.2011.
- BALDANI, M.H.; ALMEIDA, E.S.; ANTUNES, J.L.F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/74.pdf>>. Acesso em: 05.10.2011.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n4/14600.pdf>>. Acesso em 05.10.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal** [periódico na internet]. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em 01.10.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica nº. 17**. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: resultados principais** [periódico na internet]. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 01.12.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2012. Disponível em: < [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 07.09.2012.
- BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.M.A.; CONTRADIOPOULOS, A.P. A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, A... [et al.] (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2011. p. 77-94.

CASTRO, R.D.; RONCALLI, A.G.O.; ARAÚJO, I.M. Estudo da Acessibilidade Organizacional aos Serviços de Saúde Bucal de um Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2011[periódico da internet]. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em 01.10.2011.

CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n5/14.pdf>>. Acesso em: 01.10.2011.

CHAVES, S.C.L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N.; FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. São Paulo:**Revista de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1646.pdf>>. Acesso em: 01.10.2011.

CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N.; BARROS, S.G.; FIGUEIREDO, A.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n1/15.pdf>>. Acesso em 05.10.2011.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-da-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 01.10.2011.

DALL'AGNOL, C.M.; LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>>. Acesso em: 02.12.2011.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: Editora Biblioteca de la Salud.1988.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed.Porto Alegre: ARTMED, 2009.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**. 1985.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; RSA, .B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05.01.2012.

MELO, A.C.B.V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2011 [periódico da internet]. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>> Acesso em : 05.10.2011.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas. 2008.

NORO, L.R.A. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, CE. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas. 2008.

PEREIRA, C.R.S.; PATRÍCIO, A.A.R.; ARAÚJO, F.A.C.; LUCENA, E.E.S.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. Impacto da Estratégia de Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/05.pdf>>. Acesso em 01.10.2011.

REIS, C.; MARTELLI-JÚNIOR, H.; FRANCO, B. M.; SANTOS, A. A.; RAMALHO, L.M.P. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a30v14n4.pdf>>. Acesso em: 01.12.2011.

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L.E.P.F.; CHAVES, S.C.L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2008. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/07.pdf>>. Acesso em: 01.10.2011.

ROCHA, C.R.; BERCHT, S.B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de Saúde Murialdo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**. 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewPDFInterstitial/7742/9829>>. Acesso em: 05.01.2012.

ROCHA, R.A.C.P.; GÓES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/16.pdf>>. Acesso em 05.10.2011.

SANTOS, A; VIDOTTO, L.S.; GIUBLIN, C.R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído. Porto Alegre. 2005. Disponível em: < [seer.ufrgs.br/ambienteconstruido/article/download/3618/2000](http://seer.ufrgs.br/ambienteconstruido/article/download/3618/2000)>. Acesso em 05.10.2012.

SOMKOTRA, T.; DETSOMBOONRAT, P. **Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage**. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Wileyonline Library. 2009.

SOUZA, L.F.; CHAVES, S.C.L.; Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1814.pdf>>. Acesso em 05.01.2012

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 03.10.2011.

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, L.V.C. [et al.](Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.141-166.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M; HARTZ, Z.M.A. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V.; ALVES, V.S.; LEMES, D.V.S.; CAPUTO, M.C.; CARDOSO, M.O.; CHAVES, S.C.L.; SOUZA, L.E.P.F.; SANTANA, E.M.; OLIVEIRA, M.C.B.A.; CUNHA, A.B.O. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**. Recife. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>>. Acesso em 05.01.2012.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**. São Paulo. 2000. Disponível em: [www.cgее.org.br/atividades/redirKori/861](http://www.cgее.org.br/atividades/redirKori/861). Acesso em 01.10.2012.

**ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM  
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO**

METELLO, Alyrio Filho. Avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. 2013. Artigo científico (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

O objetivo foi avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal das equipes de Saúde da Família na zona urbana do município de Jauru (MT), a partir das concepções de acessibilidade organizacional e geográfica. Foi realizado uma pesquisa avaliativa da acessibilidade através de um estudo de caso, utilizando entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde pertencentes às duas equipes de saúde bucal (n=5) e usuários e não usuários destes serviços (n=34). A triangulação de dados foi conduzida pela observação direta e análise documental. A utilização dos serviços odontológicos foi mais observada na população feminina, com faixa etária entre adultos jovens e adultos e por pessoas com menor nível de renda familiar. A classificação da acessibilidade na Unidade de Saúde da Família I foi intermediária inferior (39%) e a Unidade de saúde da Família I apresentou uma acessibilidade incipiente (28,9%). Os aspectos estruturais foram determinantes para a definição da acessibilidade às ações odontológicas, dentre os quais se destacam: a não reposição imediata de insumos odontológicos e os equipamentos existentes em condições ruins de funcionamento. No componente do processo da acessibilidade organizacional, a ausência de acolhimento e de escuta qualificada, forma de acesso a consultas odontológicas somente por meio da equipe de saúde bucal, tempo prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento, modelo de atendimento clínico da USF centrado no Tratamento Concluído por indivíduos foram mais frequentes. Apesar da alta cobertura populacional potencial destes serviços na zona urbana do município, nota-se que existem aspectos relacionados aos processos de trabalho das equipes e de sua estrutura que comprometem o acesso da população adscrita. Em ambas equipes, observou-se pontos positivos como marcação diária de consultas, oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalhos semanais e boa acessibilidade geográfica. Porém, tais aspectos não foram suficientes para proporcionar melhor acessibilidade pela população aos procedimentos odontológicos clínicos na estratégia de Saúde da Família. A acessibilidade encontrada nas duas ESB indica a necessidade de reorganização dos processos de trabalho dessas equipes, junto a uma política específica, que formule protocolos locais em consonância com as necessidades dos usuários.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família. Avaliação de serviços de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

METELLO, Alyrio Filho. Evaluation of accessibility to clinical actions oral health strategy in Family Health: a study case. 2013. Dissertation (Professional Masters in Public Health) Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

## **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate the accessibility of oral health teams of the Family Health in the urban area of Jauru (MT), based on the concepts of organizational and geographical accessibility. We conducted a survey type evaluative assessment of accessibility through a case study using semi-structured interviews with health professionals belonging to both teams oral health (n = 5) and non-users and users of these services (n = 34). The triangulation of data was conducted by direct observation and document analysis. The use of dental services was more observed in the female population aged between adults and young adults and people with lower income. The classification of accessibility in Unity Family Health I was moderately lower (39%) and the Family Health Unit II submitted an incipient accessibility (28,9%). The structural aspects were crucial to the definition of accessibility to dental actions, among which stand out: not immediate replacement of dental supplies and equipment existing in bad working conditions. As part of the process of organizational accessibility, lack of acceptance and listening qualified form of access to dental appointments only through the oral health team, extended time between the appointments and service, clinical care model centered on the USF Treatment Completed by individuals were more frequent. Despite the high potential population coverage of these services in the urban area, it is noted that there are aspects to the work processes of teams and their structure which compromise access of registered population. For both teams, it was noted as positives marking daily consultations, offering of shares in individual clinical work weekly shifts and good geographical accessibility. However, these aspects were not enough to provide better accessibility for the population to dental procedures in clinical strategy for Family Health.. The accessibility found in both ESB indicates the need for reorganization of these teams work together to a specific policy, to formulate local protocols in line with users' needs.

**Keywords:** Family Health. Health services evaluation. Health services accessibility.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Modelo teórico-lógico da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família.

Tabela 1 – Matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família.

Tabela 2 – Perfil dos entrevistados nas equipes de saúde bucal das unidades de Saúde da Família 1 e 2 do município de Jauru, 2013.

Tabela 3 – Classificação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia Saúde da Família nas dimensões organizacional e geográfica no município de Jauru, 2012.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESB – Equipes de saúde bucal

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

SB – Saúde Bucal

SESMT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TC – Tratamento Concluído

PCOP – Primeira Consulta Odontológica Programática

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO</b>	<b>35</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>41</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>44</b>
CARACTERIZAÇÃO DO CASO	44
CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO-TEÓRICO	45
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>61</b>
<b>5 RECOMENDAÇÕES</b>	<b>67</b>
<b>6 REFERERÊNCIAS</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>75</b>
<b>QUADROS E MATRIZES DE ANÁLISE</b>	<b>78</b>
<b>ANÁLISE DOCUMENTAL (PLANILHAS DE PRODUTIVIDADES ODONTOLÓGICAS)</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil como projeto político-social aumentou a oferta e cobertura dos serviços e programas de saúde, sendo estes, alvos constantes de questionamento a respeito de seus atributos. Sendo assim, indagações sobre sua efetividade, pertinência da tecnologia utilizada, modelos assistenciais implementados, equidade dentre outros são convocados para o processo avaliativo na busca de respostas para melhor tomada de decisão (FURTADO, 2007).

Inquéritos populacionais realizados, tais como as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) observaram uma crescente utilização de serviços de saúde, porém salienta-se que ainda existem fatores relacionados ao acesso em todos os níveis de atenção, independentemente do processo de descentralização de ações e serviços e de bons níveis de cobertura assistencial apresentados por alguns municípios (VIEIRA-DA-SILVA, HARTZ, CHAVES e PAIM, 2007).

Desde sua implantação, em 1994, como proposta de modelo para organização da atenção primária na saúde, a estratégia de Saúde da Família tem se consolidado como forma de garantir o acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde. As equipes de Saúde da Família têm incorporado ações e serviços em saúde bucal<sup>5</sup> gerando possibilidades de aumento no acesso e utilização das mesmas.

A proposta normativa do Ministério da Saúde é que as ações e serviços em saúde bucal na atenção primária devem ser de caráter universal, integral, com definição clara das ações de caráter preventivo e promocional a partir das necessidades locais da população adscrita ao território de uma unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2008). Contudo, não excluem deste processo as ações de cunho curativo, desde que estas não reproduzam modelos hegemônicos preconizados anteriormente a Saúde Bucal Coletiva (RONCALLI e ARAÚJO, 2004). Como forma de definir políticas locais de saúde bucal que possibilitem o acesso, pode-se estabelecer processos avaliativos que evidenciem componentes de acessibilidade relacionados aos serviços de saúde bucal, que segundo Donabedian (1988) não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos

---

<sup>5</sup> Portaria MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000.

profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes e da capacidade dos mesmos em superar barreiras e obstáculos em busca do cuidado. Estudos voltados à acessibilidade as ações odontológicas individuais trazem aspectos organizacionais, tais como, o tempo entre marcação e a primeira consulta e tempo médio para consulta de retorno acima de 30 dias como principais barreiras de acesso a consultas odontológicas especializadas em um CEO (SOUZA e CHAVES, 2010) e a um centro de saúde com atendimento modular a ações básicas em saúde bucal (ROCHA e BERCHT, 2000). Outras barreiras identificadas apontam a centralidade da agenda nas mãos da equipe de saúde bucal, formação de longas filas de espera evitáveis e não substituição de faltosos (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010)

Em relação aos aspectos geográficos, o tempo de deslocamento superior a quarenta minutos foi considerado um obstáculo ao acesso às consultas especializadas por usuários de um CEO em município na Bahia (SOUZA e CHAVES, 2010). Porém, a facilidade de deslocamento via caminhada ou independente do meio de locomoção, foi um fator que possibilitou maiores chances de integralidade da assistência à saúde bucal mediante o acesso a quatro CEOs analisados no estado da Bahia (CHAVES, BARROS, CRUZ, FIGUEIREDO, MOURA e CANGUSSU, 2010).

Na atenção primária, há poucos estudos com enfoque na acessibilidade como forma de definição de aspectos relacionados ao acesso e utilização dos serviços odontológicos. Estudos apontam que as ações e serviços em saúde bucal na ESF ainda se encontram mal definidas em função de uma inadequação da formação de recursos humanos na saúde coletiva. Tal fato leva muitas vezes a definição de modelos de atenção com atendimentos direcionados a grupos prioritários, dificultando o acesso à população em geral aos serviços de saúde bucal, bem como à ênfase no modelo da odontologia de mercado (ROCHA e GÓES, 2008).

A acessibilidade organizacional voltada às ações odontológicas individuais aponta como as principais barreiras de acesso e utilização, a forma de agendamento, existência de filas para marcação de consultas, longa espera entre marcação e atendimento, falta de insumos odontológicos e equipamentos sem manutenção adequada, quando analisadas as famílias que procuraram as equipes de Saúde da Família, existentes no município de Santa Cruz (RN). Outrossim, o acesso também é comprometido em função do atendimento às urgências ser

dificultado pela longa espera, havendo casos de não atendimento em função de marcação posterior ao momento necessitado ou ausência de dentista na unidade (CASTRO, RONCALLI e ARAÚJO, 2011).

Evidência de uma garantia de acesso a ser melhor definida faz com a comparação da primeira consulta odontológica programática e o número de equipes de Saúde bucal vinculadas as equipes de Saúde da Família (ESBs/ESFs). O número de ESBs/ESFs partiu de 17.807 ESBs no ano 2008 para 22.213 ESBs implantadas até outubro/2012, representando um aumento de 37,2%. Porém, dados nacionais de cobertura da primeira consulta odontológica programática têm demonstrado que o aumento da cobertura potencial da saúde bucal não está diretamente relacionado ao aumento da primeira consulta programática já que nos anos de 2008 e 2009 esse indicador se manteve em 14,2%, em 2010 e 2011, de 13,7% a 15,3%. Em 2012 houve redução para 11,5% (BRASIL, 2012). Estas coberturas são relativamente baixas quando comparadas com o total da população que poderia acessar e ser assistida por tais serviços na lógica de população adscrita, longitudinalmente acompanhada.

Na busca de esclarecimento de quais fatores têm influenciado os diferentes padrões de procura, entrada ou acesso, utilização ou não das ações clínicas individuais em saúde bucal, este estudo buscou avaliar a acessibilidade às tais ações por parte das populações adscritas as Equipes de Saúde da Família da zona urbana de um município do Mato Grosso a partir de uma proposta metodológica previamente validada por comitê de especialistas.

## 2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa avaliativa da acessibilidade através de um estudo de caso com abordagem quali-quantitativa, com entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise de fontes de dados secundários para o fornecimento de uma visão mais aprofundada da questão em estudo (FLICK, 2009), onde o fenômeno não pode ser dissociado do seu contexto (YIN, 2003).

### CARACTERIZAÇÃO DO CASO

O município de Jauru, situado na região sudoeste mato-grossense, com área territorial de 1.302,11 Km<sup>2</sup>, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,68 (PNUD, 2011) e apresentando uma população de 10.255 indivíduos (IBGE, 2011) iniciou no ano de 2000 a implementação das ações em saúde bucal com o credenciamento de uma equipe do tipo modalidade I em sua unidade de Saúde da Família I. No ano de 2003 houve o credenciamento da equipe na Unidade de Saúde da Família II perfazendo um total de duas equipes urbanas, que se transformaram em equipes de modalidade II, no ano de 2005. Na zona rural, a implantação de uma equipe modalidade I na Unidade de Saúde da Família III – Lucilava ocorreu no final do ano de 2009. Cabe salientar que a cobertura da ESB/PSF é de 96% na zona urbana, 33% na zona rural e de 70,3% no total (SMSJ, 2012).

No período de 2007 a 2012, observou-se uma baixa cobertura da primeira consulta odontológica programática nas duas unidades de Saúde da Família do município, sendo a média para este período de 16,3% e 15% para a USF-I e USF-II, respectivamente. Nota-se assim que, anualmente, a maioria da população em todas as áreas cobertas pela estratégia de Saúde da Família podem não ter utilizado os serviços públicos de saúde bucal (SESMT, 2012).

Ainda que esse indicador não incluía as consultas de urgência e emergência, ele revela aproximadamente a proporção anual da população que teve acesso a ações clínicas restauradoras, cirúrgicas e preventivas de caráter individual, podendo também refletir se tais ações estão direcionadas a toda população ou focalizada à parte dela (BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar a taxa de utilização<sup>6</sup> das ações de caráter individual na definição da avaliação da acessibilidade. Como indicador de acesso é provável que essa taxa revele a existência de barreiras organizacionais que dificultam ou impedem o acesso e a utilização de tais ações pela população adstrita nesse território.

A equipe de saúde bucal USF I teve no triênio 2007 - 2009 excelentes taxas de utilização, refletido em produções acima dos padrões preconizados<sup>7</sup>. Porém tais taxas no biênio 2010 – 2011 tenderam a se estabilizar em patamares aceitáveis (92% e 85%) e, até julho/2012 correspondia a 97%. Ou seja, a partir dos sistemas de informação disponíveis de produção ambulatorial, a oferta potencial em horas de trabalho do profissional tem sido utilizada pela população como procedimentos registrados.

A equipe de saúde bucal USF II teve o biênio 2007 – 2008 com excelentes taxas de utilização, refletindo também em produções além dos referenciais preconizados, 291% e 190% respectivamente. No biênio 2009 – 2010 teve suas produções dentro de parâmetro aceitáveis (80% e 103%), vindo a ter no ano seguinte (2011) uma produção aquém do desejável (79%) e que permanece até julho/2012 (48%).

Importante frisar que tais taxas podem indicar barreiras especialmente organizacionais para a utilização dos serviços.

## CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO-TEÓRICO

Um modelo lógico-teórico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família foi construído a partir de modelo validado por consultas a *experts*. Esse modelo corresponde a uma “imagem-

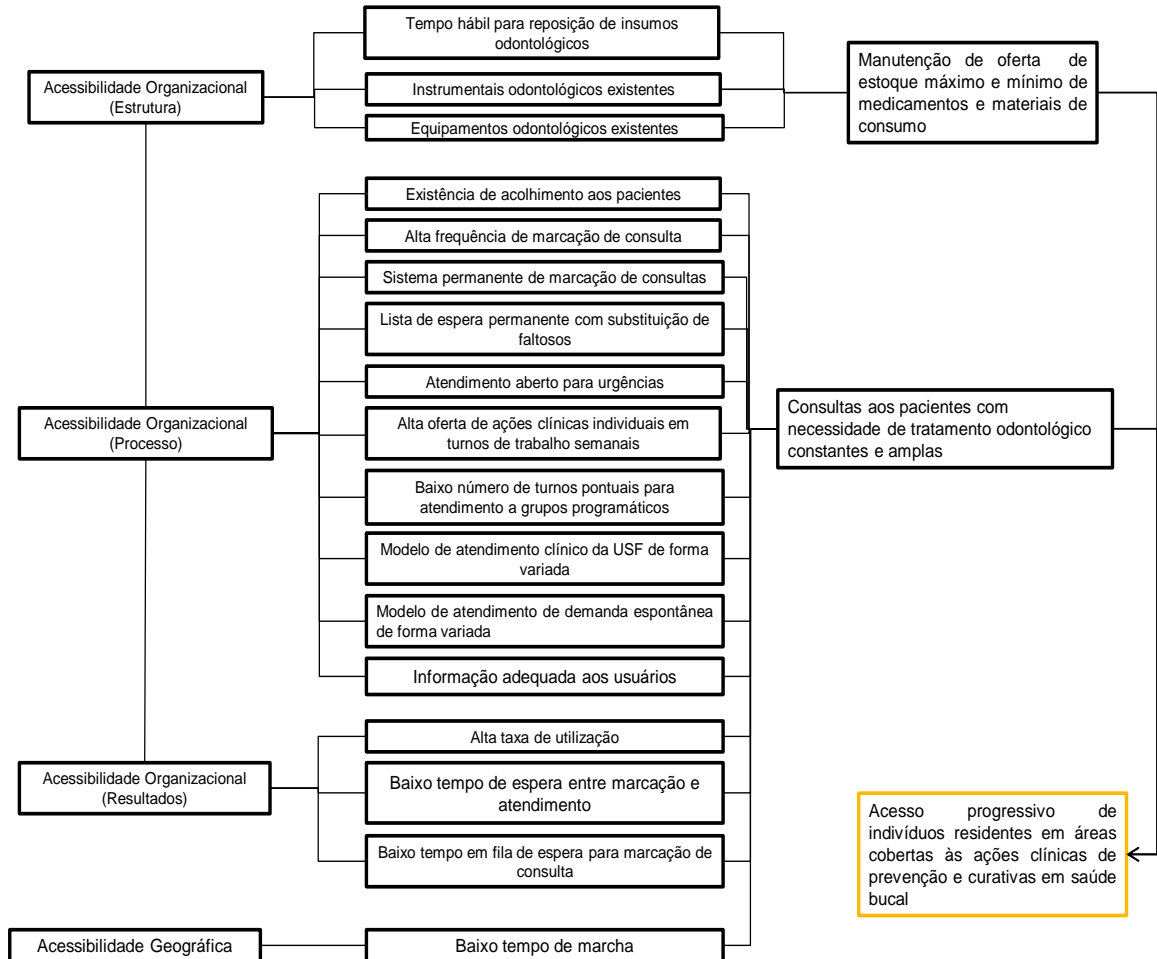
---

<sup>6</sup> Entende-se por taxa de utilização a relação de potencial produtivo de recursos humanos (oferta potencial) e o número de procedimentos individuais que foram utilizados pela população adstrita. Neste estudo para efeito avaliativo considera-se o valor igual ou maior a 80% dos procedimentos utilizados pela população como imagem-objetivo para a acessibilidade avançada aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2005).

<sup>7</sup> Portaria MS nº 1.001, 2002.

objetivo”<sup>8</sup>, que funciona como referência para apreciação da acessibilidade a tais serviços (Figura 1).

Figura 1 – Modelo teórico-lógico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família



Fonte: Adaptado do consenso de experts, 2012.

Após este momento, partiu-se para a definição de uma matriz constituída das dimensões organizacional e geográfica. Em ambas dimensões foram estabelecidos critérios e pontuações, sendo que a dimensão organizacional assim como no modelo lógico-teórico do referido contexto foi determinada por três subdimensões (estrutura, processo e resultado).

<sup>8</sup> Neste estudo, o conceito de imagem-objetivo se aproxima do conceito de situação-objetivo, pois as proposições a serem realizadas pelo estudo para a definição de valores têm como base a identificação e a explicação dos problemas da situação inicial (Matus, 1996).



A nova matriz sistematizada teve a incorporação de dois novos critérios. A Informação em saúde foi um componente adicionado em função da orientação a ser dada a população adstrita sob as novas formas de processos de trabalhos relacionadas ao modelo assistencial, bem como a presença deste na fala dos usuários e não usuários das ESBs em questão. Outro componente adicionado foi o tempo de marcha, feito em função do relevo acidentado do município. Deste modo, buscou-se avaliar como tal contexto gera influência na acessibilidade geográfica aos serviços odontológicos.

Os critérios tempo de espera entre marcação e atendimento e tempo em fila de espera para marcação de consulta, anteriormente observados como critérios processuais na matriz obtida pelo consenso de *experts* (2012), foram transpostos para subdimensão resultado em função da análise de que os mesmos são resultados a serem obtidos no transcorrer dos critérios processuais.

Deste modo, na subdimensão estrutura (27 pontos), os critérios analisados foram: (a) Reposição de insumos odontológicos em tempo hábil (9 pontos); (b) Instrumentais odontológicos existentes em quantidade suficiente (9 pontos); (c) Equipamentos odontológicos existentes em funcionamento (9 pontos).

Na subdimensão processo (66 pontos) observa-se os seguintes critérios: (a) Acolhimento aos pacientes com escuta qualificada (9 pontos); (b) Formas variadas de acesso às consultas odontológicas (9 pontos); (c) Frequência diária e período integral de marcação de consulta (9 pontos); (d) Lista de espera permanente de substituição de faltosos (3 pontos); (e) Atendimento para urgências (sim ou não), ou seja, todos os casos de urgência que chegam à Unidade são atendidos no mesmo turno (9 pontos); (f) Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (6 pontos); (g) Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais (3 pontos); (h) Modelo de atendimento clínico da USF (3 pontos); (i) Modelo de atendimento da demanda espontânea (9 pontos); (j) Informação frequente aos usuários (6 pontos).

Na subdimensão resultado (18 pontos) foi avaliado em função da: (a) taxa de utilização, sendo este indicador de acesso definido a partir da produtividade de ações clínicas individuais da equipe de saúde bucal (9 pontos); (b) Baixo tempo de espera entre a marcação e o atendimento (em dias) (6 pontos); (c) Baixo tempo em fila de espera para marcação de consulta (em minutos) (3 pontos).

A dimensão geográfica é avaliada pelo tempo de marcha do indivíduo entre sua residência e a USF (3 pontos), tendo a lógica que quanto menor este tempo, menores são as barreiras geográficas expostas ao mesmo.

Para cada critério selecionado, foi feita a descrição da imagem-objetivo do padrão esperado que corresponderia à situação considerada como “avançada”, bem como as situações consideradas como “intermediária” e “incipiente”, com as respectivas pontuações (Tabela 1). Essa matriz foi adaptada a partir de uma validada por consulta a grupo de *experts* apresentada no artigo 1 da presente dissertação.

Tabela 1 - Matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família.

DIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	CLASSIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE		
			INCIPIENTE	INTERMEDIÁRIA	AVANÇADA
ORGANIZACIONAL (ESTRUTURA) 27 pontos	Reposição de insumos odontológicos	9	Materiais entregues após duas semanas do pedido (0)	Materiais entregues entre uma a duas semanas (4,5)	Materiais entregues em menos de uma semana (9)
	Instrumentais odontológicos existentes	9	Presença de menos de 05 kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (0)	Presença entre 05 a 07 kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (4,5)	Presença de 08 ou mais kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (9)
	Equipamentos odontológicos existentes	9	Equipamentos centrais (compressor, cadeira, refletor, mocho e unidade auxiliar) em mau funcionamento ou totalmente parados (0)	Equipamentos centrais em perfeito uso e ausência física ou de funcionamento de pelo menos um dos equipamentos periféricos (equipo odontológico, amalgamador, fotopolimerizador e ultrassom com profilaxia para tratamento periodontal (4,5)	Presença de todos equipamentos odontológicos constantes da Portaria MS nº. 750, de 10/10/2006 em funcionamento (9)
ORGANIZACIONAL (PROCESSO) 66 pontos	Acolhimento ao paciente	9	Na USF, não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes, e existem problemas com a recepção e o atendimento (0)	Na USF, a escuta é realizada por profissional de nível médio listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de nível superior (4,5)	Na USF, a escuta é realizada por parte da equipe de saúde da família, caracterizando o indivíduo em função do risco (9)
	Formas de acesso às consultas odontológicas	9	Marcação de consultas de demanda espontânea (0)	Marcação de consultas de demanda espontânea e alguma outra forma (4,5)	Marcação de consultas de demanda espontânea, ACS, visitas domiciliares, ações coletivas e outras estratégias como enfoque no dano ou risco (9)
	Frequência da marcação de consulta	9	Marcação em períodos superiores a uma marcação mensal (0)	Marcação mensal em qualquer turno para a consulta odontológica (4,5)	Marcação diária em qualquer turno para consulta odontológica (9)
	Lista de espera permanente de substituição de faltosos	3	Ausência de lista de espera (0)	Presença de lista de espera sem substituição imediata em caso de pacientes faltosos (1,5)	Presença de lista de espera com substituição imediata do paciente faltoso de forma sistemática (3)

Cont. Tabela 1 - Matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família.

ORGANIZACIONAL (PROCESSO) 66 pontos	Atendimento para urgência	9	Ausência de atendimento de urgência (0)	Presença de períodos priorizados para atendimento (4,5)	Atendimento diário de urgências (9)
	Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (referência= 07 turnos semanais)	6	< 04 turnos semanais (0)	Entre 4 e 6 turnos semanais (3)	07 turnos semanais conforme Portaria nº 65/2012/GBSESMT e Caderno de Atenção Básica nº. 17 - Saúde Bucal do Ministério da Saúde (6)
	Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais	3	Maior que dois turnos (0)	Dois turnos na semana (1,5)	Um turno na semana (3)
	Modelo de atendimento clínico da USF	3	Atendimento centrado somente na oferta organizada (0)	Atendimento de demanda espontânea e oferta organizada (1,5)	Atendimento de demanda espontânea, através de triagem de riscos na área adstrita e oferta organizada (3).
	Modelo de atendimento da demanda espontânea	9	Há atendimento somente de casos de urgência (0)	Execução do tratamento por hemiarco ou por procedimento (4,5)	Execução do tratamento por procedimento, por hemiarco ou diversas formas de atendimentos segundo necessidades do usuário (9)
	Informação aos usuários	6	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção somente quando do paciente em tratamento (0)	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção realizado por ACSs (3)	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção por meio dos ACSs, reuniões, rodas de conversas e em outros momentos da ESB/ESF com a comunidade reunida (6)
ORGANIZACIONAL (RESULTADO) 18 pontos	Taxa de utilização	9	< 60% do potencial produtivo de recursos humanos (0)	≥ 60% a <80% do potencial produtivo de recursos humanos (4,5)	≥ 80% do potencial produtivo de recursos humanos (9)
	Tempo em fila de espera para marcação de consulta	3	Presença em fila de espera por período acima de 30 minutos (0)	Presença em fila de espera entre 30 a 15 minutos (1,5)	Presença em fila de espera abaixo de 15 minutos (3)
	Tempo de espera entre marcação e atendimento	6	Mais de 20 dias (0)	Entre 10 e 20 dias (3)	Menos de 10 dias (6)
GEOGRÁFICA 03 pontos	Tempo de marcha	3	Tempo de marcha > que 30 minutos (0)	Tempo de marcha entre 15 e 30 minutos (1,5)	Tempo de marcha < que a 30 minutos (3)
Total das dimensões = 114 pontos					

As duas equipes de saúde da família da zona urbana do município foram selecionadas por apresentarem profissionais de saúde bucal com mais de um ano de serviço na unidade e pelos bons níveis de taxa de utilização dos procedimentos ambulatoriais odontológicos básicos, mas uma cobertura da primeira consulta odontológica sem crescimento no período.

Foram realizadas 39 entrevistas semiestruturadas a partir de roteiros previamente elaborados, envolvendo os profissionais de duas equipes de saúde bucal (n=5) e usuários dos serviços dessas duas unidades de Saúde da Família (n=34). As entrevistas tiveram perguntas norteadoras e específicas para ambos os grupos de entrevistados e foram adaptadas de Azevedo (2007) e Souza e Chaves (2010).

Foram realizadas 5 entrevistas com os profissionais de saúde, sendo 2 cirurgiões-dentistas, 1 técnico de saúde bucal e 2 auxiliares de saúde bucal. O critério de inclusão dos profissionais das equipes foi todo aquele com mais de seis meses de serviço local prestado. A USF I apresentava a equipe de modalidade II incompleta, com a ausência da TSB.

Foram entrevistados 34 usuários que se encontravam na sala de espera das unidades visitadas no momento da visita e no momento da observação da unidade. Os usuários participantes foram todos aqueles que procuraram e obtiveram atendimento, procuraram e não obtiveram atendimento e os que nem procuraram os serviços odontológicos das equipes. Em relação aos que procuraram e obtiveram atendimento, as entrevistas foram realizadas antes da consulta pela equipe de saúde bucal. Tais entrevistas foram realizadas no período de 10 a 29 de setembro de 2012.

Também foram analisados os seguintes documentos: Planilhas de produtividade odontológica e cadernos de agendamento e registro de procedimentos das equipes investigadas.

Realizou-se também observações diárias em horários em que as entrevistas não estavam sendo realizadas, nas quais foram registradas as impressões do pesquisador e estratégias da pesquisa. Evidências foram verificadas nas falas dos entrevistados e dos documentos analisados em relação a cada critério e, assim foi dada uma pontuação, tendo em vista a pontuação máxima prevista para cada um na matriz da imagem-objetivo (Tabela 1).

A triangulação dos dados foi realizada e a classificação final da acessibilidade para cada critério correspondeu, assim, à proporção (%) da pontuação máxima prevista dividida em tercís, da seguinte forma: (a) incipiente ( $\leq 33,3\%$ ); (b) intermediária ( $> 33,3\%$  e  $< 66,6$ ) e (c) avançada ( $\geq 66,6\%$ ) da pontuação máxima proposta.

Para melhor discernimento da classificação final da acessibilidade em questão, a tercil intermediária foi subdividida em dois níveis sendo estes: (b1) intermediária inferior ( $> 33,3\%$  e  $< 51\%$ ) e (b2) intermediária superior ( $\geq 51\%$  e  $< 66,6\%$ ).

Todos os informantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Informado, tendo sido assegurado o sigilo dos entrevistados, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Bahia (CEPISC/UFBA) sob registro nº. 046/2012. O município também assinou termo de anuência institucional.

### 3 RESULTADOS

Na avaliação da acessibilidade às ações odontológicas individuais nas ESBs, a USF II obteve 27% da pontuação máxima proposta para a dimensão organizacional, portanto, classificada como incipiente, enquanto a USF I obteve 41,5%, classificada como intermediária inferior. Há, portanto, barreiras relacionadas à dimensão organizacional, fato não observado em relação à dimensão geográfica. Em relação à acessibilidade geográfica, ambas as equipes apresentaram 100% da pontuação máxima proposta. Na análise global, as equipes apresentaram para a acessibilidade aos procedimentos odontológicos individuais, 39,7% da pontuação proposta para a USF I (Intermediária inferior) e 29,3% para a USF II (incipiente) (Tabela 2). Destaca-se que os componentes relacionados à informação correta ao paciente e modelo de atendimento são aqueles não implantados em ambas as unidades. Uma das equipes inclusive não realiza atendimento de urgência e foi aquela com acessibilidade incipiente. No componente do resultado, ainda que com acessibilidade intermediária inferior e incipiente, os tempos para marcação da consulta e entre a marcação e o atendimento estão relativamente adequadas. Isso pode revelar problemas ou no registro dos procedimentos, com sobregistro ou que, de fato, os modelos de atendimento clínico não necessariamente influenciam a acessibilidade. Cabe investigar que, em função dos problemas na dimensão estrutura, pode haver marcação de consulta, mas não necessariamente resolutividade no atendimento (Tabela 2). Outra hipótese é que o acesso é limitado a um grupo de usuários com muitas consultas subsequentes, o que inviabiliza a ampliação para outros grupos populacionais no modelo tratamento completado, sem substituição permanente de faltosos.

Na análise dos usuários, há indivíduos de todas as faixas etárias, sendo 61% entre 21 a 40 anos, 6% abaixo de 21 anos e 33% acima de 41 anos de idade, predominantes do sexo feminino (68%). Em relação ao nível socioeconômico, 47% tinham a renda familiar igual ou menor que 1 salário-mínimo, 23% abaixo ou igual a 2 salários-mínimos, 21% abaixo ou igual a 3 salários-mínimos e 9% com renda familiar acima de 3 salários-mínimos, isso é sua maioria, por pessoas mais pobres. Em relação a possuírem algum tipo de emprego, 59% responderam positivamente, sendo outros, em sua maioria, formado por mulheres donas de casa. A tabela 2 descreve que a utilização dos serviços odontológicos clínicos individuais nas

equipes de Saúde da Família local foi maior entre mulheres, com faixa etária de adultos jovens e adultos, com menor nível de renda.

Tabela 2 – Perfil dos entrevistados nas equipes de saúde bucal das unidades de Saúde da Família 1 e 2 do município de Jauru, 2013.

Perfil dos entrevistados	USF I		USF II		Total (%) (n=34)
	Usuários	Não usuários	Usuários	Não usuários	
<b>Sexo</b>					
Masculino	2	2	2	5	11 (32%)
Feminino	10	2	9	2	23 (68%)
<b>Idade*</b>					
15 – 20	-	-	1	1	2 (6%)
21 – 30	5	-	5	1	11 (32%)
31 – 40	5	1	3	1	10 (29%)
41 – 60	1	1	1	3	6 (18%)
>60	1	2	1	1	5 (15%)
<b>Escolaridade **</b>					
Sem escolaridade	1	2	2	3	8 (24%)
1º grau	7	2	2	2	13 (38%)
2º grau	4	-	4	2	10 (29%)
3º grau	-	-	3	-	3 (9%)
<b>Renda familiar ***</b>					
≤ 01 SM	4	3	5	4	16 (47%)
≤ 02 SM	5	1	-	2	8 (23%)
≤ 03 SM	2	-	5	-	7 (21%)
>03 SM	1	-	1	1	3 (9%)
<b>Emprego ****</b>					
Sim	7	2	6	5	20 (59%)
Não	5	2	5	2	14 (41%)

\*em anos; \*\* situação escolar completa; \*\*\* em salários-mínimos; \*\*\*\* fora de domicílio, sendo formal ou não.



Tabela 3 – Classificação da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família nas dimensões organizacional e geográfica no município de Jauru, 2012.

Dimensões, subdimensões e critérios analisados	Pontuação Máxima Proposta	USF I		USF II	
		Pontuação	%	Pontuação	%
<b>Estrutura</b>	27	4,5	16,7*	4,5	16,7*
Reposição de insumos odontológicos	9	0	0*	0	0*
Instrumentais odontológicos existentes	9	4,5	50**	4,5	50**
Equipamentos odontológicos existentes	9	0	0*	0	0*
<b>Processo</b>	66	26,5	40,1**	18	27,3*
Acolhimento ao paciente	9	0	0*	0	0*
Forma de acesso às consultas odontológicas	9	0	0*	0	0*
Frequência de marcação de consulta	9	9	100****	9	100****
Lista de espera permanente de substituição de faltosos	3	0	0*	1,5	50**
Atendimento para urgência	9	9	100****	0	0*
Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais	6	6	100****	6	100****
Atendimento a grupos programáticos em turnos pontuais	3	1,5	50**	1,5	50**
Modelo de atendimento clínico da USF	3	0	0*	0	0*
Modelo de atendimento da demanda espontânea	9	0	0*	0	0*
Informação aos usuários	6	0	0*	0	0*
<b>Resultado</b>	18	10,5	58,3***	7,5	41,6**
Taxa de utilização	9	9	100****	4,5	50**
Tempo em fila de espera para marcação de consultas	3	1,5	50**	3	100****
Tempo de espera entre marcação e atendimento	6	0	0*	0	0*
<b>Total de pontos dimensão organizacional</b>	<b>111</b>	<b>41,5</b>	<b>37,4**</b>	<b>30</b>	<b>27*</b>
Tempo de marcha	3	3	100****	3	100****
<b>Total de pontos dimensão geográfica</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100****</b>	<b>3</b>	<b>100****</b>
<b>Total Geral de pontos</b>	<b>114</b>	<b>44,5</b>	<b>39**</b>	<b>33</b>	<b>28,9*</b>

Níveis de acessibilidade: \*Incipiente; \*\*Intermediária inferior; \*\*\*Intermediária superior; \*\*\*\*Avançada.

Os aspectos organizacionais que geram obstáculos ao acesso às ações odontológicas individuais estão mais presentes na USF II do que na USF I, onde a acessibilidade nesta dimensão é representada por 27% e 37,4% dos pontos propostos, respectivamente. Dentre os aspectos mais relevantes a serem melhorados para as unidades destacam-se na subdimensão estrutura – a não reposição imediata de insumos odontológicos e equipamentos existentes em condições ruins de funcionamento e, na subdimensão processo – a ausência de acolhimento e de escuta qualificada, forma de acesso a consultas odontológicas somente por meio da equipe de saúde bucal, tempo prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento, modelo de atendimento clínico da USF centrado no Tratamento Concluído por indivíduos e modelo de atendimento clínico da demanda espontânea focada somente em urgências e emergências (tabela 3).

Os aspectos que podem ter influenciado na classificação intermediária inferior da USF I estão relacionados principalmente a concentração do caderno de agendamento de consultas pela auxiliar e cirurgião-dentista e a observação de horários livres de marcação no referido caderno, bem como tempos em ociosidade da ESB na referida unidade.

É tanto é que é só comigo, só eu que estou com a agenda, porque daí também eu sei da necessidade da pessoa, então a agenda só eu que marco (Cirurgião-Dentista, USF I).

A concentração do caderno de agendamento de consultas pelo dentista da ESB I ainda colabora com o aumento do tempo de espera para marcação de consultas, pois tal posicionamento dificultava os indivíduos que chegavam a USF I para agendamento de suas consultas em horários em que o profissional estava em atendimento ou em momentos que o mesmo não se encontrava nesta unidade. Tal atitude associada ainda ao número insuficiente de instrumentais odontológicos, a oferta programática somente a crianças nos dois períodos de atendimento às sextas-feiras e a ausência completa de uma lista de espera para substituição imediata de faltosos colaboram com a acessibilidade intermediária inferior na USF I.

O nosso material é pouco porque a nossa demanda é muito grande (...), igual ontem atendemos dez pacientes à tarde, então o material não dá, entendeu? (...) (Auxiliar de saúde bucal, USF I).

(...) o que a gente está vendo agora é a prevenção dos molares porque é assim: a gente está fazendo os selantes. Então toda sexta-feira a gente faz o programa, tem as agentes de saúde que começam pelas áreas das meninas, então estamos priorizando as crianças que já vem fazer os selantes, se tem mais tratamento aí marca para a próxima sexta-feira (...) (Auxiliar de saúde bucal, USF I).

Os aspectos positivos relacionados à USF I em relação à acessibilidade as ações odontológicas individuais traduz-se na marcação permanente diária de consultas e no atendimento diário e a qualquer momento das urgências, fato este tranquilizador da população e valorizado por usuários e não usuários dos serviços.

Urgência tem que ser imediato. Aí o que está na frente tem que ceder a vaga pro quem está com urgência. Igual aquele menino que chegou ali, achei muito bonito atendeu ele imediatamente, na mesma hora ele foi atendido (MP, não usuário, USF I).

Meu pai. Ele tava com muita dor de dente ele veio aqui e foi atendido na hora (EFN, usuário, USF I).

(...) ela entra na frente de qualquer um, igual chegou um rapaz o dia que eu vim marcar (...) chegou um rapaz com dor de dente, aí o paciente saiu, ela já colocou ele lá, já deu uma olhada, em caso de urgência ela é maravilhosa (MLO, usuário, USF I).

Em relação à USF II, observou-se que os aspectos relacionados à acessibilidade incipiente fazem com que até a taxa de utilização dos serviços esteja comprometida. Além dos aspectos comuns e apontados anteriormente para o baixo acesso de usuários nas ESBs, a USF II apresenta ainda como pontos negativos a quantidade insuficiente de instrumentais odontológicos, o não atendimento diário e a qualquer momento das urgências e oferta programática ao grupo de gestantes nos dois períodos em um determinado dia da semana. Ou seja, há priorização excessiva, portanto, quase exclusividade a um grupo populacional específico.

(...) tem dia que falta material (para procedimentos individuais).  
(...) o que é de cirurgia e essas coisas assim às vezes falta (Auxiliar de saúde bucal, USF II).

(...) paciente de emergência a gente deixa pra quinta-feira só emergência só paciente que ta mesmo com dor. (Cirurgião-Dentista, USF II).

(...) a gente tem os dias de emergência que é toda quinta-feira  
(...) (Técnica de saúde bucal, USF II).

(...) mais assim está fazendo grupo de gestante, mas não é aquele grupo, é aquele dia só pra gestante. A gente está atendendo assim (Cirurgião-Dentista, USF II).

Porém, alguns aspectos positivos podem ser mencionados em relação à USF II, tais como a lista de espera com substituição imediata de pacientes faltosos. Contudo, essa substituição é informal, não institucional.

A gente pega o nosso telefone particular e liga para o paciente *para ele está vindo* (Técnica de saúde bucal, USF II).

O baixo tempo de espera e a marcação permanente diária e a qualquer momento de consultas para o atendimento odontológico, também são pontos positivos abordados para a acessibilidade aos procedimentos odontológicos individuais na USF II.

Foi rápido, demorei um pouco porque fiquei conversando (ILF, usuário, USF II).

Não foi muito demorado (OAF, usuário, USF II).

Não todo dia que a pessoa vem, a gente marca (Técnica de saúde bucal, USF II).

Embora não adotado como critério de avaliação, a questão do excesso de demanda para as referidas ações foi evidente no discurso dos profissionais das

ESBs em função do acesso pelos indivíduos da zona rural às ESBs, não obedecendo deste modo a prerrogativa da adstrição da clientela urbana pela territorialização de ambas ESBs. Tal fato foi mais denotado na USF I, esta talvez por ser mais acessível à população da zona rural graças à sua localização menos distante do centro da cidade – onde se encontra o setor comercial – e, mais perto da saída do município – maior facilidade para o escoamento das estradas da zona rural.

A fala dos usuários da zona rural confirma tal hipótese. De certa forma, o acesso dos indivíduos da zona rural reforça a dificuldade do acesso aos serviços odontológicos por indivíduos da área adstrita às USFs, estes residentes na zona urbana do município. Embora a acessibilidade geográfica neste contexto de acesso pelas pessoas residentes da zona rural seja digna de ser um componente avaliativo, este estudo optou por não fazê-lo por notar que tal aspecto seja mais relacionado à acessibilidade organizacional e assim, tomá-la como dado na análise de discurso dos profissionais e usuários das áreas adstritas às ESFs para esta avaliação, reforçando os quadros de acessibilidade encontrados nas ESBs.

A matriz proposta neste trabalho e adaptada de um consenso de *experts* (2012) apresentou uma validade externa quando aplicada na avaliação do contexto apresentado segundo as dimensões - organizacional e geográfica – propostas por Donabedian (1988).

Porém, neste estudo fica evidente a presença de alguns aspectos relacionados às dimensões cultural e econômica, para o acesso dos indivíduos às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, apontados a seguir.

No que tange à dimensão cultural, fica evidente que a busca pelo acesso e utilização dos serviços odontológicos na atenção primária se faz mediante a necessidade de tratamento curativo percebido pelos mesmos.

É porque eu tenho próteses e os dentes estão bons (CSC, não usuário, USF II).

Eu resolvi vir porque estava doendo demais (APS, usuário, USF II).

Este aspecto traz a discussão para outro que se apresenta no questionamento de como a informação em saúde bucal realizada pelas

ESBs/ESFs e agentes comunitários de saúde são suficientes para problematizar e buscar soluções frente aos aspectos da acessibilidade aos referidos serviços odontológicos nos modelos de atenção à saúde bucal apresentados. Pode-se determinar a partir desta que uma melhoria na condução da informação em saúde bucal suscitaria a procura por serviços odontológicos preventivos e, a busca pelo sistema de serviços na capacidade de definição de processos de trabalho otimizados para melhoria da referida acessibilidade.

A barreira econômica, também encontrada na fala dos usuários apresenta-se quando muitos relatam a necessidade de presença em seus locais de trabalho, ficando os cuidados em saúde bucal comprometidos, mesmo frente à oferta dos serviços públicos. Outros relatam que somente no serviço público são capazes de obter o tratamento odontológico, pois nos serviços privados os custos financeiros para tal são maiores. Tais posicionamentos levam a reflexões sobre a necessidade de uma melhor definição de períodos de trabalhos na ESFs, bem como a estruturação dos serviços odontológicos em todos os níveis de atenção que proporcionem a tais usuários, um acesso equitativo e integral a tais serviços.

A dimensão geográfica, quando analisada pelo seu tempo de marcha, mostrou como fator positivo para a acessibilidade às ações odontológicas individuais em Saúde da Família. Em ambas equipes fora observado que o tempo de marcha às ESBs/ESFs para obtenção do cuidado não excedia ao tempo de 30 minutos. Tal fato possibilita a confirmação que o processo de territorialização bem definido ajuda nos aspectos de acessibilidade a ações e serviços em Saúde da Família.

## 4 DISCUSSÃO

A avaliação realizada mostrou que, apesar do município ter uma excelente cobertura potencial de serviços de saúde bucal na zona urbana da estratégia de Saúde da Família, a mesma não garante *a priori* a melhor acessibilidade aos serviços odontológicos individuais pelas populações adstritas às equipes.

Estudos demonstraram que não existe uma associação direta entre cobertura de serviços bucais em Saúde da Família e acesso a estes, persistindo desigualdades importantes no acesso e utilização a cuidados odontológicos. (ROCHA e GÓES, 2008; BALDANI e ANTUNES, 2011). Confirma tal proposição, a análise dos processos de trabalho das ESBs selecionadas, tendo por referência a imagem-objetivo, onde as mesmas foram classificadas como intermediária inferior para a USFII e incipiente para a USF I. As ESBs/ESFs estudadas apresentaram aspectos organizacionais implantados muito parecidos com os modelos hegemônicos anteriores ao movimento da Saúde Bucal Coletiva e suas proposições, denotando características tais como: a centralização na figura do cirurgião-dentista, desenvolvimento de ações baseadas nas concepções de mercado e a não contextualização de enfoque de risco e/ou dano como determinante de acesso aos serviços odontológicos. Individualmente apresentaram aspectos que aumentam a acessibilidade a tais serviços, porém não foram suficientes para superação dos obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços odontológicos.

O tratamento odontológico pelas suas especificidades é um tratamento mais longo que a maioria dos processos terapêuticos em atenção primária. Nota-se que o município não tem uma política definida para as ações e serviços de saúde bucal na atenção primária, pois os aspectos organizacionais que regem os processos de trabalho das ESBs/ESFs estão longe de garantir um acesso universal, equitativo e integral em saúde bucal.

Ambas ESBs/ESFs estudadas apresentaram uma marcação diária de consultas, o que determina inicialmente um quadro favorável de acessibilidade aos serviços bucais. Porém nestas equipes, por enfocarem somente o aspecto de atendimento aos usuários na relação de primeira consulta odontológica

programática a tratamento concluído (PCOP-TC), algumas barreiras são geradas e limitação do acesso a outros indivíduos. Atendimentos sobre esta regra, sem substituição de faltosos para realização de um único procedimento útil e viável do ponto de vista da saúde bucal coletiva, fazem com que o tempo de marcação entre a consulta e o atendimento aumente. Além disto, num momento futuro, poderá haver um acúmulo de usuários em uma lista de espera sem nenhum tipo de atendimento. Tais fatos tornam a percepção de potenciais usuários em relação à possibilidade de acesso aos serviços bucais, diminuída.

A restrição de atendimentos de urgência encontrado em uma unidade e o modelo centrado na relação PCOP-TC (primeira consulta odontológica programática – tratamento concluído) podem ser componentes dificultadores da ampliação do acesso. Deste modo, indivíduos que apresentam nas unidades de Saúde da Família em busca de serviços odontológicos fora de condições urgentes tem acesso aos mesmos se passar primeiramente pela marcação da primeira consulta. Neste caso estudado, estes indivíduos devem ter um tempo médio de espera de 30 dias nas referidas equipes, o que reflete numa junção de aspectos que dificultam o acesso a tais serviços. Por outro lado, faz-se evidente para os indivíduos que tiveram acesso aos serviços odontológicos por meio das urgências, que dificilmente terão a continuidade no tratamento de outros agravos bucais que não denotem em sintomatologia dolorosa.

Uma lista de espera permanente pode se tornar um precioso instrumento como reversão do quadro insatisfatório. Deste modo, faz necessário que as ESBs/ESFs saibam utilizá-la a favor da ampliação do acesso aos serviços pelos usuários. Somente a USF II tem a disposição de marcação de consultas aos indivíduos de tal lista, quando da ausência do paciente para o horário marcado. Ressalta-se, porém que nesta unidade, este serviço fica a cargo da equipe de saúde bucal e de seus telefones particulares, fato este que pode criar condições que não possibilitam uma realidade contínua deste processo de trabalho.

Primordialmente, os serviços bucais nas ESFs deveriam ter vários canais de acesso, porém as realidades estudadas nas ESBs permitem aos usuários destes serviços somente a busca direta na unidade de saúde. As agentes comunitárias de saúde tem pouca participação nos processos de trabalho das



ESBs/ESFs, limitando-se a simples informantes entre a equipe e a população assistida.

O atendimento aberto às urgências mostrou-se como um aspecto organizacional de grande relevância para a acessibilidade aos serviços odontológicos, porém tal atendimento não deve ser a única prática clínica oferecida à demanda espontânea. Estes indivíduos devem ser incluídos para ampliação também da resolutividade. Faz necessário o reconhecimento das ESBs/ESFs na oferta de outros procedimentos para a demanda espontânea. Tal incremento pode gerar maior receptividade por parte da população aos cuidados em saúde bucal, principalmente a aqueles que fazem da demanda espontânea sua única maneira de obter resolução de necessidades em saúde bucal, ou pelo menos minimizá-las.

Em relação ao acolhimento, ambas ESBs mostraram-se incipientes. Nas mesmas notou-se que o acolhimento ainda é entendido com um processo normatizado de conduta clínica com referência no modelo biomédico. A escuta ao paciente se restringe aos aspectos relacionados à dor, sinais e sintomas clínicos e informações a respeito do tratamento odontológico. Na USF II, tal ato é minimizado pela presença da TSB que, na marcação da primeira consulta, traz informações ao paciente de cunho preventivo, bem como realiza procedimentos de higienização bucal. Apesar dos usuários nesta equipe se sentirem satisfeitos com tal procedimento, o acolhimento com escuta qualificada na abordagem da qualidade vida e a relação com a saúde bucal dos indivíduos ainda se mostra desconhecido, ou no mínimo, não aplicável.

Avaliação da acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção primária de uma USF de João Pessoa (PB) traz a informação aos usuários como um importante aspecto organizacional para o aumento do acesso e utilização de tal serviço, pois o mesmo contribui na sensibilização dos usuários quanto aos seus deveres e corresponsabilização frente ao cuidado de sua saúde e de sua família (MELO, BRAGA e FORTE, 2011).

A Educação Popular em Saúde tem pouco espaço no contexto da saúde bucal. As equipes limitam-se a palestras educativas a grupos de escolares e menores em creches. Deste modo, pouca informação é repassada aos usuários sobre os serviços ofertados, a condução dos processos de trabalho existentes e a

necessidade de mudança a partir da participação social no sistema de saúde. Sendo assim, não se estabelece uma relação de vínculo entre a equipe e a comunidade, onde uma não reconhece na outra uma parceira pra resolução de seus problemas e necessidades.

Em relação ao quadro de Educação em Saúde nota-se também que pouca qualificação para o serviço público foi disposta para as equipes. No município em questão não existe um plano de educação permanente disposto aos funcionários da rede de serviços de saúde.

O pouco conhecimento sobre a condução de ações e serviços em saúde bucal na rede pública faz com que ambas ESBs/ESFs tendem a reproduzir modelos de atenção centrados em condições ou estados de vida de uma determinada população sem a contextualização do enfoque de risco ou de dano. Deste modo, todo o processo trabalhado quando pouco acessível, também é pouco resolutivo no campo da Saúde Coletiva, gerando iniquidades em saúde bucal mesmo quando o quadro de oferta de sessões de atendimentos clínicos nestas ESBs/ESFs estão em consonância com os aspectos normativos (BRASIL, 2008) propostos pelo Ministério da Saúde.

Quanto à estrutura dos serviços de saúde bucal, ambas ESBs estudadas tiveram o acesso comprometido aos usuários em função da não reposição imediata dos insumos odontológicos e equipamentos odontológicos em condições ruins de funcionamento. Nota-se que no município na existe uma gestão de materiais definida que contemplem a relação de estoque máximo e mínimo, bem como ações de manutenção preventiva dos equipamentos utilizados.

Nas ESBs/ESFs ainda colaborou para os quadros insatisfatórios da acessibilidade, a quantidade insuficiente de instrumentais odontológicos. Não existe ainda na literatura científica, nem mesmo em normativas ministeriais a definição da quantidade dos mesmos. Neste estudo, a imagem-objetivo para tal contexto mostrou-se satisfatória denotando a necessidade de 8 ou mais jogos de instrumentais para tratamentos curativo restaurador e preventivo individuais.

Quanto ao aspecto geográfico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, o mesmo é considerado como fator positivo quando da proximidade da USF com a residência do usuário (ANDRADE e FERREIRA, 2005).

Foi observado que outros aspectos não referenciados neste estudo – dimensões cultural e econômica – devem ser objeto de avaliações futuras, pois mostraram-se relevantes na entrevista aos usuários.

As barreiras econômicas atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde bucal e tem uma relação negativa com a renda familiar (TRAVASSOS e CASTRO, 2008). Este estudo confirma tal proposição, pois foi observado que a maioria dos não usuários não tinham possibilidades de acesso aos serviços odontológicos em função da necessidade da presença constante no local de trabalho, bem como usuários de menor renda familiar relataram que tais serviços públicos era a única opção de obtenção de tal cuidado. Observa-se que a barreira econômica atua como coadjuvante de barreiras organizacionais no acesso aos serviços públicos de saúde bucal por indivíduos de baixa renda, pois se torna um obstáculo a ser superado junto aos aspectos organizacionais existentes, estes comuns a toda a população.

A dimensão cultural quando analisada diretamente na fala dos usuários traz a concepção de uma cultura antiga, porém ainda existente em muitos rincões do país, de que dentes cariados e doloridos devem ser extraídos. Tal aspecto cultural trouxe consequências graves a uma população, que traz índices elevados de perdas dentais, principalmente entre os mais idosos. Porém tal aspecto pode ser melhor retratado, quando estudos de caso envolvendo uma observação participante do pesquisador forem trabalhados. Neste estudo gerou-se uma hipótese, que devidamente trabalhada, pode dar informações a respeito de como a informação pode subsidiar uma melhoria no autocuidado em saúde bucal, gerando na população uma consciência sanitária em relação à procura pelos serviços odontológicos na intenção de preservação dos elementos dentais.

Apesar das limitações do estudo por não adotar as dimensões econômica e cultural, este estudo pode proporcionar a validação externa de uma matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas individuais na estratégia de Saúde da Família, pois a mesma com seus componentes auxiliaram no julgamento de valor da acessibilidade, podendo ser utilizada com pequenas adaptações como instrumento útil de gestão das equipes de saúde bucal no nível municipal.

Desta forma, em futuros estudos, tal matriz pode ser acrescentada de outras dimensões que podem vir a interagir os aspectos relacionados a este

contexto, aumentando desta forma a precisão do processo avaliativo a ser desencadeado, bem como adaptações para uso na gestão.

## 5 RECOMENDAÇÕES

O modelo de Saúde da Família possibilitou uma maior oferta de serviços de saúde bucal a população em geral, porém no que tange as dimensões de acessibilidade aqui estudadas, somente a geográfica foi satisfatória.

Aspectos nos modos de organização de prestação de serviços de saúde bucal neste modelo assistencial ainda não se encontram em conformidade para gerar maiores possibilidades de acesso aos usuários potenciais.

Em futuros estudos, aspectos relacionados às dimensões cultural e econômica poderão ser inseridos para contemplar uma melhor avaliação da acessibilidade aos procedimentos clínicos odontológicos. Tais aspectos dentro destas dimensões, possivelmente complementarão observações relacionadas às dimensões estudadas, desde que articuladas devidamente.

A baixa acessibilidade encontrada nas duas ESB indica a necessidade de reorganização dos processos de trabalho dessas equipes, junto a uma política específica, que formule protocolos locais em consonância com as necessidades dos usuários. Deste modo, nota-se que há necessidade de um planejamento local onde os diversos atores sociais envolvidos devam participar para tomada de decisão compatível com a melhoria no acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde bucal.

Outro ponto importante a ser salientado é a necessidade de maior aporte técnico e científico a ser incorporado pelos profissionais de Saúde da Família. Tal conduta possibilitará a consolidação de novos processos de trabalho que podem resultar em melhores quadros de acesso aos serviços básicos de saúde e possibilidades de resolução de novos desafios que apresentarão.

Por fim, todos devem ter em mente que o acesso aos serviços de saúde bucal devem também estar focados na redução das iniquidades em saúde bucal, que não foi foco desse estudo, mas merece aprofundamento futuro em estudos posteriores, articulado com a ampliação da acessibilidade a esse serviço, como direito de todo cidadão.

## 6 REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A.L.M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BALDANI, M.H.; ANTUNES, J.F.L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27s2/14.pdf>>. Acesso em 04.12.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica nº. 17**. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2008..
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2012. Disponível em: < [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 07.09.2012.
- CASTRO, R.D.; RONCALLI, A.G.C.O.; ARAÚJO, I.M. Estudo da Acessibilidade Organizacional aos Serviços de Saúde Bucal de um Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2011 [periódico da internet]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 06.06.2012.
- CHAVES, S.C.L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N.; FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1646.pdf>>. Acesso em: 01.10.2011.
- DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: Editora Biblioteca de la Salud.1988.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.
- FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S...[et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 715-739.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2 ed. Brasília: IPEA. Livros Série IPEA, 143.1996.

MELO, A.C.B.V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2011 [periódico da internet]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs> . Acesso em : 05.10.2011.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas de desenvolvimento humano**. 2011. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home/index.php>. Acesso em: 01.12.2011.

ROCHA, C.R.; BERCHT, S.B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de Saúde Murialdo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**. 2000. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewPDFInterstital/7742/9829>. Acesso em: 05.01.2012.

ROCHA, R.A.C.P.; GÓES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/16.pdf>. Acesso em 05.10.2011.

RONCALLI, A.G.; ARAÚJO, L.U.A. O Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais das propostas alternativas à Saúde da Família. In: FERREIRA, M.A.F... [et al.]. **Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004.p. 261-275.

SESMT. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **Planilhas de auditoria analítica para monitoramento e controle das equipes de saúde bucal**. Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda. Acesso em 05.09.2012.

SMSJ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAURU. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Jauru. Acesso em 05/09/2012.

SOUZA, L.F.; CHAVES, S.C.L.; Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1814.pdf>. Acesso em 05.01.2012.

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, L.V.C. [et al.](Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.141-166.

VIEIRA-DA-SILVA L.M.; HARTZ Z.M.A.; CHAVES S.C.L.; ALVES G.P.; PAIM J.S. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/12.pdf>. Acesso em 05.10.2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V.; ALVES, V.S.; LEMES, D.V.S.; CAPUTO, M.C.; CARDOSO, M.O.; CHAVES, S.C.L.; SOUZA, L.E.P.F.; SANTANA, E.M.; OLIVEIRA, M.C.B.A.; CUNHA, A.B.O. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**. Recife. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>>. Acesso em 05.01.2012.

YIN, Robert K. **Applications of case study research**. 3 ed. USA, California: Sage Publications, Inc. 2003.



# ANEXOS

## Anexo 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA**

Rua Araújo Pinho, 72, 6<sup>o</sup> andar, Canela  
40110-912 Salvador – Bahia, Brasil

### **Termo de Consentimento Informado dos usuários**

Eu, Alyrio Metello Filho (entrevistador), estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nas unidades de família da saúde da Prefeitura, a fim de melhorar os serviços ofertados e facilitar o acesso a eles.

Eu, entrevistador, assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer não será divulgada para outras pessoas como se fosse suas. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte de um documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria dos serviços de saúde que serão prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, sua participação é inteiramente voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

As entrevistas (perguntas e respostas do estudo) serão gravadas e quando transcritas e armazenadas no computador serão codificadas como forma de manter o sigilo de seus nomes.

Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto, Alyrio Metello Filho através dos telefones **(65) 3266-1339 / 9981-8287** ou solicitar maiores esclarecimentos junto ao Comitê de Ética do ISC/UFBA pelo telefone (71) 3283-7441.

Eu (entrevistado) (a) \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "**Avaliação da acessibilidade as ações clínicas individuais em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de Jauru, Mato Grosso**" e aceito nela participar.

Jauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

## Anexo 2



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA**

Rua Araújo Pinho, 72, 6<sup>o</sup> andar, Canela

40110-912 Salvador – Bahia, Brasil

### **Termo de Consentimento Informado dos profissionais**

Eu, Alyrio Metello Filho (entrevistador), estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nas Unidades de Saúde da Família desse município e a forma como esse se organiza, a fim de melhorar a qualidade dos serviços em saúde bucal ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

A entrevista será gravada e após transcrita será armazenada em computador em arquivo codificado para manter o sigilo das informações vinculadas ao seu nome.

Você poderá entrar em contato com a coordenação do projeto através dos telefones (65) 3266-1339 / 9981-8287 ou solicitar maiores esclarecimentos junto ao Comitê de Ética do ISC/UFBA pelo telefone (71) 3283-7441.

Eu (entrevistado) (a) \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "**Avaliação da acessibilidade as ações clínicas individuais em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de Jauru, Mato Grosso**" e aceito nela participar.

Jauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

# APÊNDICES

## **Apêndice 1 – Entrevistas semiestruturadas aos Usuários das USF de Jauru com consulta marcada para aquele dia**

### **PERFIL DO USUÁRIO**

Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

1. Sexo: 1.Masculino  2.Feminino

### **PERGUNTAS INICIAIS**

6. O(a) senhor(a) fez (não fez ou está fazendo) tratamento odontológico na Unidade de Saúde?
7. Se sim, quando e quais procedimentos o(a) senhor(a) fez no Posto de Saúde? (não excludentes).
8. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a primeira consulta para ser atendido aqui?
9. Havia fila para marcar?
10. Que horas chegou para marcar (ele ou terceiro)?
11. Quanto tempo esperou para marcar a consulta?
12. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) em dias?
13. A consulta foi com hora marcada (considerar hora e não turno)?
14. Quais as dificuldades encontradas para a realização (ou não) do tratamento odontológico?
15. Por que o(a) senhor(a) veio a esse serviço?
16. Em caso de urgência, foi atendido? Como?

### **PERGUNTAS EM CASO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

21. Se esta já é a segunda/terceira consulta: como você considerou o atendimento de saúde recebido aqui?
22. Como é/foi seu atendimento pelos profissionais?
23. Como você considera o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc.)?
24. Qual o meio de transporte utilizado para vir até a unidade?
25. Há algum obstáculo entre sua residência e a unidade de saúde (rios, grandes avenidas, morros, viadutos)?
26. Se existem, o que você acha desses obstáculos?
27. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o acesso ao serviço odontológico da unidade(USF)?

### **PARA FINALIZAR**

- O(a) senhor(a) estudou até que série?
- Você está atualmente trabalhando? Se sim, em quê?
- Se não, qual foi seu último trabalho?
- Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos (SM)?

## Apêndice 2 – Roteiro de entrevista semiestruturada junto ao profissional de saúde

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

1. Sexo: 1.Masculino  2.Feminino

### Perguntas:

1. Qual a sua formação? Conte-me sua trajetória profissional.
2. Há quanto tempo você trabalha nessa função aqui?
3. Sente dificuldades no exercício do seu trabalho na unidade? Quais?
4. Destes quais são dificuldades diretas do usuário no acesso a unidade?
5. Como se dá o fluxo de entrega de insumos odontológicos solicitados pela equipe?
6. Qual a rotina para marcação de consultas na unidade?
7. A equipe prioriza atendimento em função do risco? Se sim, Como?
8. As urgências e emergências são atendidas de que maneira?
9. Quais os dias ou turnos da semana que são ofertados os procedimentos clínicos individuais?
10. Em média, qual o tempo de tratamento (número consultas) de um paciente da PCOP a TC?
11. Como é o agendamento da consulta na unidade?
12. Quantos são atendidos por turno? (Observação direta no livro de marcação de consultas da equipe)
13. Há faltosos? Quantos em média? Qual o procedimento realizado quando acontece a falta de um paciente?
14. Qual o tempo dentre a marcação da consulta e o atendimento em média?
15. Como se dá a recepção do paciente ao tratamento?
16. Qual o modelo de tratamento contemplado aos usuários da USF (exemplos: tratamento completado, demanda espontânea, máximo de duas consultas por paciente, outro)?
17. Se atender demanda espontânea, qual a forma de procedimento clínico realizado?(trabalho por hemiarco, por procedimento ou de acordo a necessidade solicitada pelo paciente).
18. Em média, quantos procedimentos clínicos individuais são realizados (ou tentam realizar) por hora? (Complementada com observação as planilhas de produtividades das equipes).
19. Do ponto de vista geográfico, você considera a localização da USF adequada a não oferecer obstáculos ao usuário?
20. Como considera a adequação do número de famílias para a equipe?
21. O que poderia ser feito para melhorar o acesso dos usuários à atenção à saúde a partir da unidade (USF)
22. **PARA FINALIZAR:** Quantos jogos de instrumentais a unidade tem a disposição para tratamento restaurador / preventivo e cirúrgico (Complementada com observação direta do avaliador).

# QUADROS E MATRIZES DE ANÁLISE

**Quadro 1.** Perfil dos usuários **entrevistados** que **utilizaram o serviço de saúde bucal** da USF I, motivo da consulta, tempo para marcação e principais barreiras identificadas. Jauru, Mato Grosso, 2012.

<b>Perfil do Usuário</b>	<b>Motivo da consulta Como marcou consulta</b>	<b>Barreira Organizacional? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira Geográfica? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira cultural? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>
Adulta, 35 anos, trabalho rural, 1 SM	Sua urgência foi atendida. Chegou 4 horas da tarde para marcar. marcou	Sim. 60 dias para marcar. Estava cheio no dia  O atendimento é muito demorado.	SIM. a gente mora no sítio né, longe, às vezes marca um horário que às vezes a gente não pode tá aqui	Não
Adolescente, 17 anos, 2º grau completo, doméstica, 2,5 SM	Agendamento para tratamento em geral	Sim. Por volta de 30 dias após o agendamento foi atendida. Ausência de aparelhos foi considerada barreira pela paciente.	Não	Não
Adulto, 37 anos, 2º grau completo, aposentado, 662,00	Agendamento para tratamento em geral	Sim. Presença de fila na marcação da consulta. Marcação de consultas pela equipe. Espera da marcação até consulta superior a 30 dias. Não teve atendimento de urgência de imediato. Muita gente e pouco dentista (barreira de informação)	Não	Não.  Muita gente, pouco emprego – barreira econômica
Adulta, 29 anos, 2º grau completo, frentista, acompanhando seus filhos	Agendamento para tratamento em geral. Pai foi atendido na urgência	Marcação com a equipe. Espera da marcação até consulta superior a 30 dias. Equipamentos danificados.	Não	Não. Tratamento bom e financeiramente viável – confluência com a barreira econômica



Adulto, 22 anos, universitário, mecânico. 2.000,00	Agendamento para tratamento em geral	Sim. Falta de estrutura adequada na sala de espera – falta ar condicionado, bancos em condições melhores para sentar	Não	Não
Adulta, 27anos, 1º grau completo, lides domésticas, 1SM	Agendamento para tratamento em geral. Relata atendimento de urgência	Sim. Espera da marcação até consulta superior a 30 dias. Dentista anterior – chegava muito cedo para marcar. Serviço de canal-barreira de informação – sugestão de mais dentista	Não	Não
Jovem adulta, 22 anos, universitária, 3 SM	Agendamento para tratamento em geral	Não. Influência paterna e médica	Não	Não
Adulta, 43 anos, recepcionista, 2º grau completo, 2,5 SM	Já utilizou o serviço para tto. geral mediante emergência (dente com restauração quebrada)	Sim. Falta de estrutura adequada na sala de espera – falta ar condicionado, bancos em condições melhores para sentar. Relata barreira de utilização por não ficar satisfeita com o serviço	Não	Não
Adulta, 76 anos, lides domésticas, sem escolaridade, 1 SM	Agendamento para exos	Sim. ACS que falou da ESB. Espera da marcação até consulta > duas semanas. Mai dentistas para melhorar o acesso	Não	Não

<p>Adulta, 37 anos, 3º grau completo, psicopedagoga clínica, 6,5 SM</p>	<p>Agendamento para tratamento em geral. Avisada pela ACS.</p>	<p>Sim. Barreira de informação em relação ao processo de trabalho da equipe – agendamento para urgência? O agendamento torna barreira neste contexto.</p>	<p>Não</p>	<p>Não Cita direito de cidadã (interessante)</p>
<p>Adulta, 26 anos, desempregada, 2º grau incompleto, 1 SM</p>	<p>Agendamento para exos</p>	<p>Sim. Não atendimento à urgência, provavelmente em função do descombinado. Sobra de horário em alguns dias da semana (OD)</p>	<p>Não</p>	<p>Sim. Associada a persistência da paciente em extrair dentes que podiam ser recuperados com endo, porém as condições financeiras da mesma não permitia tal  (lembrar integralidade no texto)</p>

**Quadro 1.** Perfil dos usuários entrevistados que não utilizaram o serviço de saúde bucal das USF, motivo da consulta, tempo para marcação e principais barreiras identificadas. Jauru, Mato Grosso, 2012.

<b>Perfil do Usuário</b>	<b>Motivo da consulta Como marcou consulta</b>	<b>Barreira Organizacional? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira Geográfica? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira cultural? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>
Adulto jovem, 27 anos, 2º grau completo, cobrador, 1 SM	estou tentando marcar uma consulta	SIM. “a desinformação eles deviam (as agentes de saúde) podiam passar e falar”	Não. Cinco minutos de Moto	NÃO
Jovem Adulto, 19 anos, frentista, 2º grau completo, 1 SM	Não tem interesse	Não	Não	Falta de interesse no cuidado, não pode deixar o trabalho no posto
Adulto, 44 anos, 1º grau incompleto, ajudante geral, 2 SM	Dificuldades em relação ao serviço	Sim. Agendamento para consulta para 30 dias e não atendimento da demanda espontânea	Não	Não
Adulto, 37 anos, 2º grau incompleto, ajudante geral, 2 SM	Sem interesse, dificuldade em relação ao trabalho	Sim. Atendimento demorado. Barreira de informação	Não	Não
Adulta, 44 anos, lides domésticas, sem escolaridade	Nunca precisou, não tem restrições ao serviço. Relata atendimento de urgência	Sim. Relata barreira por falta de atendimento a demanda espontânea	Não	Não
Adulto, 59 anos, 1º grau completo, autônomo, 4 SM	Não sabia	Sim. Barreira de informação. Falta de divulgação	Não	Público é para os mais pobres?

Adulta, 64 anos, sem escolaridade, desempregada, 70 reais	Sem procura	Sim. Agendamento pra consulta para 30 dias. Falta de atendimento a demanda espontânea	Não	Não
---	-------------	---	-----	-----

OBSERVAÇÃO DIRETA: Concentração do caderno de agendamento com o CD; horas ociosas dentro da unidade; horários de consultas não preenchidos no caderno de agendamento; pacientes esperando para marcar consultas; não integração com a equipe de ACS para o processo de informação em saúde bucal, bem como com o restante da equipe. Equipe bem focalizada no modelo de mercado no que tange os processos de trabalho.

**Quadro 1.** Perfil dos usuários entrevistados que utilizaram o serviço de saúde bucal da USF 2, motivo da consulta, tempo para marcação e principais barreiras identificadas. Jauru, Mato Grosso, 2012.

<b>Perfil do Usuário</b>	<b>Motivo da consulta Como marcou consulta</b>	<b>Barreira Organizacional? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira Geográfica? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira cultural? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>
Adulto, 30 anos, pedreiro, R\$ 1.300,00, 2º grau (em estudo)	Agendamento para tratamento em geral	Não	Não	NÃO
Adulto, 35 anos, vigia, 3ª série, R\$ 950,00	Agendamento para tratamento em geral	SIM. Tempo de espera para consulta após o agendamento de 2 meses; compressor estragado dificultou o chamamento.  Opinião de melhora: melhorar condições físicas da unidade e colocar mais um dentista	SIM. Venho de moto, pois não dá para vir a pé apesar da distância pequena, possui uma subida íngreme	Não
Adulta, 22 anos, atendente comercial, 2ª grau completo, R\$ 2.500,00	Agendamento para tratamento em geral	SIM. Tempo de espera para consulta após o agendamento de 15 dias; 01 atendimento mensal  Opinião de melhora: chances de vir mais vezes	Não. Venho de moto em 3 a 4 minutos.	NÃO
Adulta, 26 anos, doméstica, 5ª série, 01 SM + 200,00	Está grávida e a pedido médico foi atendida	SIM. Desconhecimento do fluxo de marcação de consultas na unidade e do atendimento; Tempo de espera para atendimento de um mês	Não. Trabalha bem perto, apesar da subida.	NÃO

<p>Adulta, 33 anos, 4ª série, lides domésticas, acompanhando filho menor em tratamento</p>	<p>Encaminhamento de setor de saúde bucal do Centro de Saúde</p>	<p>Sim. Atendimento 30 dias depois e esperou mais pois o compressor estava estragado</p> <p>Opinião de melhora: chances de vir mais vezes</p>	<p>Sim. Paciente da zona rural. Atendida fora da área adstrita.</p>	<p>Não</p>
<p>Adulta, 37 anos, 2º grau completo, comerciante, acima de 8 SM, acompanhando filhos no tratamento</p>	<p>Atendimento para tratamento preventivo</p>	<p>SIM. Compressor estragado, adiando o tto. uns dois meses. Falta de material e equipamento.</p> <p>Unidade tem substituição de faltosos.</p> <p>Opinião de melhora: maior atenção da gestão a saúde bucal para facilitar o conserto de equipamentos e a compra de materiais</p>	<p>Não. O acesso é a pé.</p>	<p>Não</p>
<p>Adulta, 24 anos, 8ª série, emprego anterior doméstica, recebe bolsa família</p>	<p>Urgência - Dor no dente e posterior tratamento</p>	<p>SIM. Tempo para atendimento de 15 dias. Desconhecimento da equipe em relação a abordagem para tto a gestante. Compressor estragado.</p> <p>Opinião de melhora: tto de canal (barreira de informação)</p>	<p>Não. O acesso é a pé no máximo de 10 minutos, sem obstáculos.</p>	<p>Não</p>

Adulta, 52 anos, sem escolaridade, lides domésticas, 01 SM	Urgência - Dor no dente e posterior tratamento	SIM. Falta de informação sobre saúde bucal ao usuário	Não	Utilizou o serviço para resolver a dor de dente e reflete um posicionamento de não prosseguimento no serviço. Dente deve arrancar!!!!
Adulta, 35 anos, 8ª série, lides domésticas, R\$ 250,00, acompanhando a filha menor	Atendimento para tto geral	SIM. Tempo de atendimento de 30 dias. Paciente de zona rural fora da área adstrita não tem atendimento  Opinião de melhora: consultas com hora marcada e mais dentistas	SIM. Longa distância e dificuldade de deslocamento por falta de ônibus, acesso só de moto levando 45 minutos	Não
Adulta, 22 anos, 6ª série, doméstica, 2 SM	Atendimento para tto. geral	SIM. Compressor estragado. Tempo de atendimento de 30 dias	Não. Acesso a pé em torno de 15 a 20 minutos	Não
Adulta, 34 anos, 2º grau completo, lides domésticas, 1,5 SM	Atendimento para tto. geral	SIM. Tempo de atendimento de 30 dias. Demanda extensa, <b>concilia com</b> . Opinião de melhora: Mais dentistas  Barreira de informação quanto a saúde bucal	Não. Moro perto em 10 minutos chego, apesar dos morros.	Não
Adulta, 62 anos, 4ª série, empregada doméstica, 3 SM	Já utilizou. Marido relata atendimento a urgência.	Sim. Barreira de informação quanto a conscientização da saúde bucal em visitas periódicas ao dentista. Compressor estragado.	Não. A pé em 5 minutos	Sim. Procurar o dentista somente quando dói ou autopercebe-se algum problema

**Quadro 1.** Perfil dos usuários entrevistados que **não utilizaram** o serviço de saúde bucal das USF, motivo da consulta, tempo para marcação e principais barreiras identificadas. Jauru, Mato Grosso, 2012.

<b>Perfil do Usuário</b>	<b>Motivo da consulta Como marcou consulta</b>	<b>Barreira Organizacional? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira Geográfica? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>	<b>Barreira cultural? SIM NÃO. Se SIM. Tipo</b>
Adulta, 43 anos, 2ª série, lides domésticas, 1 SM	Não conseguiu marcar consulta	SIM. Barreira de informação em relação ao agendamento	Não. A pé em 10 minutos	Não
Adulto, 54 anos, analfabeto, trabalho rural, 1 SM	Não procurou marcar consulta	Não sabe relatar	Não. A pé em 10 minutos	Não
Adulto, 62 anos, analfabeto, guarda noturno, 1,5 SM	Não conseguiu marcar consulta	SIM. Barreira de informação em relação ao agendamento	Não. A pé em 15 minutos	Não
Adulta, 67 anos, 8ª série, lides domésticas, 1 SM	Não procurou marcar consulta	SIM. Barreira de informação do processo de trabalho da equipe e do novo modelo de atenção		Sim. Serviço público é ruim de oferta, só extração, particular caro.

**OBSERVAÇÃO DIRETA:** não integração com a equipe de ACS para o processo de informação em saúde bucal, bem como com o restante da equipe. Equipe bem focalizada no modelo de mercado no que tange os processos de trabalho; acolhimento executado de forma questionável, mais focalizado em informações técnicas normativas e em uma triagem administrativa



**Matriz 1 - Imagem-Objetivo para Avaliação da acessibilidade a ações individuais em saúde bucal na ESF, Jauru/MT.**

**Unidade PSF 1**

**Dimensão Organizacional**

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação obtida
Estrutura	Reposição de insumos odontológicos 9	ESB – “Então, às vezes falta alguma coisa, geralmente vem a maioria das coisas que a gente pediu mais falta algumas coisas também... geralmente demora uns 3 dias, 4 dias”; “Sempre que a gente pede sempre vem, não vem a quantidade que a gente precisa que a gente pediu né, porque a gente <b>quer ter no estoque</b> ”;	0
	Instrumentais existentes 9	“Sim, favorável... Só quando assim, a demanda daí já é muito grande aí as vezes a gente não tem material suficiente (CD)”; “o nosso material é pouco porque a nossa demanda é muito grande... ontem atendemos dez pacientes a tarde, então o material não dá, entendeu, aí num dá você tem que dá aquele jeitinho, atender o paciente do jeito que dá pra atender”; A quantidade de material não formam oito kits conforme preconizado pela avaliação, no máximo 6 jogos (OD)”.	4,5
	Equipamentos existentes 9	“Dos dias que eu vim até hoje tava (faltando algo para atender)”; Compressor esteve estragado por um período de 06 dias (OD-PPO) ; “O maquinário tá quebrado, demora muito para consertar ”; “Eu não sei a diferença porque não tinha os aparelhos também né (na época todos os aparelhos estavam presentes)”;	0

OBSERVAÇÃO DIRETA: Melhor estrutura física da unidade para acomodação (sala de espera quente, sem ar condicionado); Necessidade de mais dentista (Pessoal do sítio atendido na unidade);

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação obtida
Resultado	Taxa de Utilização  9	Planilhas de produtividades odontológicas (OD)	9
	Tempo em fila de espera para marcação de consulta 3	U - “Não... Foi rapidão, né...”; “Cheguei umas... e marquei umas e meia, duas horas”; “(Chegou) umas 4 horas da tarde... que elas já estavam saindo daí já, 5h, que 5h fecha né (marcou). Tá difícil, não tá fácil não”; “... Ele tava com um problema no dente e colocou lá, agora que está me atendendo”; “Já fui, eu mesma que cheguei aqui com o dente doendo e eles me atendeu”; “Depois que foi melhorando aí marca todo dia agora, agora está melhor”; “Não havia fila né... A depois de uns 15 minutos, 20 minutos assim eu já estava dispensada”; “Umas seis e quarenta por aí afora.... Quando foi umas sete e vinte eu já tava saindo”; “Cheguei mais ou menos a meia hora atrás”; “Não tinha fila”  Centralização agenda na mão do dentista (OD)	1,5
	Tempo de espera entre marcação e atendimento 6	U - “Acho que foi mais de uma semana, já tava quase terminando o mês mesmo”; “ Eu marquei mês passado para vim esse mês, que eu tinha que esperar um mês para vir de novo”; “A gente marca, por exemplo, pega uma fila e aí vai fazer no outro mês né”; “Eu to marcado uns mês atrás para janeiro/2013, olha só não estamos em setembro...”; “Eu não sei mais ou menos direito como é que foi, não sei se foi um mês, mas acho que num demorou muito tempo não “; “Eu cheguei aqui ó tem 60 dias que eu marquei, consegui hoje”; “Geralmente quando marca, marca para trinta dias depois”; “Eu procurei, marquei uma data de antecedência...A primeira foi daí 10 dias”; “Dos primeiros meses foi de duas semanas”;  NU – “Mais só vai valer pro final de outubro”; “Mas é mesmo por causa que eu venho o dia que a gente que ou pode vim, aí não pode ter tal dia assim”; “Diminuir a data de...”;  ESB - “A dificuldade maior é tentar encaixar todo mundo na agenda, então assim tanto é que agente só tem vaga agora pra final de outubro começo de novembro”; “Agora geralmente tá um mês, um mês e meio assim”; “agora a gente marca agora pra final de outubro principio de novembro daqui uns dia num tem nem data pra esse ano mais”; “por causa dessa agenda uns trinta dias, uns trinta dias, a no máximo assim o menor tempo é uns vinte dias”;	0

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação Obtida
Processo	Acolhimento ao paciente 9	U “Tá sendo... é bem de paz... gostei do atendimento, bom”; Gente boa elas para atender”; “O acompanhamento aqui é bom, nunca tive problemas”; “Toda vez que venho trazer minha filha me tratam muito bem...eles tem uma coisa muito especial com ela”; ‘Às vezes dá um desentendimento...”; A recepção e a primeira escuta é feita pela TSB (OD); “Hã eles é até legal, às menina que recebe a gente eles é até legal”; “o atendimento dela é ótimo, ela é muito boa para atender, o serviço dela é muito bom então eu voltei tratar eu e meus guri aqui de novo”; “Há muito bom, elas trata a gente super bem e brinca, conversa, são muito atenciosa comigo e com minhas crianças”; “A recepção foi boa”; “Bem, bem recebida, nosso pai, trata bem”; Sem enfoque no risco ou dano do paciente (OD);  ESB – “Não é só a gente mesmo, a equipe da saúde bucal”; “é o seguinte chega dá bom dia cumprimenta, como é que vai, estas coisas assim não tem muita... num tem e isso faz muita falta, ele chegar poder dar uma palestra alguma coisa assim, aproveita mais o tempo”;	0
	Formas de acesso às consultas odontológicas 9	Com a CD sem enfoque de risco (OD); “É tanto é que é só comigo, só eu que tô com a agenda, porque daí também eu sei da necessidade da pessoa, então a agenda só eu que marco (CD)”;	0
	Frequência da marcação de consulta 9	U - “Depois que foi melhorando aí marca todo dia agora, agora está melhor”; Marcação diária (OD);  NU - “Acho que tem como marcar todo dia ... mas tem como marcar”;  ESB – “antes a gente marcava uma vez por mês”; “É todo dia que a pessoa vem, qualquer hora a gente marca”;	9
	Lista de espera permanente de substituição de faltosos 3	Não existe lista (OD); “Não há uma substituição deste tipo”; “Não, num faz”;	0
	Atendimento para urgência 9	U - “Ele tava com muita dor no dente e foi atendido de imediato”; “Não foi atendido na urgência necessitada (SIC)”;	9

	<p>NU - "Iguar aquele menino que chegou ali, achei muito bonito atendeu ele imediatamente, na mesma hora ele foi atendido"; "Dente doendo e ela falou não hoje tem sim";</p> <p>ESB – "Imediata...isso. ou algum traumatismo alguma coisa é imediatamente"; "Não urgência pode chegar qualquer horário"; "no caso de dor a gente vai e atende o paciente"</p>	
Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (referência= 07 turnos semanais) 6	Oferecimento de 08 turnos semanais, porém em observação ao caderno de agendamento de consultas constata-se que nem todos os horários foram preenchidos, sendo que o número preconizado de atendimentos na unidade é de 08 pacientes por turno (OD).	6
Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais 3	"a gente tá fazendo os selantes, então toda sexta feira a gente faz o programa, tem as agentes de saúde que começa pelas áreas das meninas, então estamos priorizando as crianças que já vem fazer os selantes, se tem mais tratamento aí marca pra próxima sexta feira, pra não deixar uma coisa assim muito longa"; Toda sexta –feira agendamento a menores de 14 anos (OD – caderno de Agendamento a consultas)	1,5
Modelo de atendimento clínico da USF 3	<p>NU - "Você se agendado pra tal dia, então isso acusa um pouco dificultoso"; Consultas somente por oferta organizada (agendamento) (OD); "a única coisa que eu vejo aqui que é meio devagar é o atendimento (sem enfoque em outras necessidades do paciente)";</p> <p>ESB – "Isso, e finalizar (lógica PCOP – TC)"; "a gente pega, tipo assim a gente termina aí ele só vem pro retorno... Não tem o máximo de consultas por paciente não, o tanto que for necessário pra terminar"</p>	0
Modelo de atendimento da demanda espontânea 9	<p>NU - "é pra ter mais oportunidade pros outros que as vezes chega e não seja atendido";</p> <p>ESB – "marca mais dias só que tem que estar disposto a fazer, se o paciente quiser marcar, marca senão for do interesse dele, ele fala só quero mexer com este dente, aí fica a critério do paciente";</p>	0

OBSERVAÇÃO DIRETA: Estradas ruins (barreira geográfica) para os sítiantes, tempo de espera pela consulta na sala foi uma dificuldade narrada por um paciente, assim como o tempo de atendimento (01 paciente do sítio e 01 da área), Favorecimento aos mais conhecidos facilita o tempo de espera pela consulta e entre ao atendimentos (OD); 03 Pacientes relatam barreiras de informação por meio de falta de divulgação dos serviços da equipe; Uma paciente relatou que agendando os horários de consulta, a oportunidade de acesso pode ser melhorada.

**Matriz 1 - Imagem-Objetivo para Avaliação da acessibilidade a ações individuais em saúde bucal na ESF, Jauru/MT.**

**Unidade PSF 2**

**Dimensão Organizacional**

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação obtida
Estrutura	Reposição de insumos odontológicos 9	“O problema são os materiais que a gente tem que fazer licitação ai uns demoram uns 3 meses mais ou menos (CD-ESB)”; “as vezes faz a lista pedido mas tem uns que não vem demora (ASB)”;	0
	Instrumentais existentes 9	“pra restauração tem uns 8 ,9 ai espelho, pinça e solda tem mais, agora de procedimentos mesmo tem 8 mais ou menos (CD)”; “tem dia que falta (ASB)”.	4,5
	Equipamentos existentes 9	“Compressor sempre em manutenção – problemas com a rede elétrica”; “aconteceu do compressor esteve quebrando para agente não ficar parado agente foi na creche”; “porque agente ficou um mês e meio com compressor estragado (TSB)”;	0

OBSERVAÇÃO DIRETA: Necessidade de mais dentista/unidade (Pessoal do sítio atendido na unidade).

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação obtida
Resultado	Taxa de Utilização 9	Planilhas de produtividades odontológicas (OD)	4,5
	Tempo em fila de espera para marcação de consulta 3	“Marcação direta com a TSB, sem filas (OD)”; Não é barreira segundo matriz Sônia; “não tem fila (TSB)”;	3
	Tempo de espera entre marcação e atendimento 6	“a gente ta atendendo rural ai que a gente ta pegando a área mirasolzinho as outras áreas como a demanda aumentou ta mais difícil ta de mês em mês praticamente (CD)”; “ficou muito longe as datas de reconsultas”; Barreira segundo matriz Sônia; “esta sendo feito foi mais ou menos em um mês a dois meses”: “Agora ta complicado por que a pessoa vem hoje ta sendo agendado so daqui dois meses a próxima consulta (TSB)”.	0

Subdimensão	Critérios	Evidências	Pontuação Obtida
Processo	Acolhimento ao paciente 9	“então os pacientes que são da nossa área a gente ta fazendo ficha inicial,as perguntas da triagem já faz na primeira consulta eu já vou olhando,alguns não da pra marcar o que o paciente tem ai eu pergunto o que é mais prioritário pro paciente como a agenda ta extensa ai eu pergunto pro paciente qual ta doendo mais ou qual ta incomodando mais (CD)”; Desconhecem a diretriz do acolhimento (OD)”; “na maioria das vezes quando a Solange está quem fica na triagem sou eu, ai no caso eu converso pergunto quantas vezes escovas se usa fio dental ai eu explico se não estiver fio dental pode esta passando uma linha que vai tirar a sujeirinha do mesmo jeito, ai eu explico e pergunto se já ensinou qual é a forma correta de	0

		escovação, se não ensinou eu ensino (TSB”);	
	Formas de acesso às consultas odontológicas 9	“infelizmente é a demanda mesmo, como é muita gente a gente tá fazendo assim pega um, dois por família daí quando termina a gente pega outro da mesma família (CD)”; “esta unidade está funcionando assim a gente está pegando um para tratamento da família (TSB)”; “	0
	Frequência da marcação de consulta 9	“todo dia os que vêm vão marcando (CD)”; Não é barreira segundo matriz Sônia; “as pessoas vêm, e estão agendando”.	9
	Lista de espera permanente de substituição de faltosos 3	“alguns casos a gente quando o paciente fala que consegue chegar até 15 minutos aí a gente pega o telefone”; “a gente liga (CD)”; “agente pega o nosso telefone particular e liga para o paciente para ele está vindo (TSB)”; “a gente pega o telefone dela quando faltar algum paciente pra tá encaixando (ASB)”;	1,5
	Atendimento para urgência 9	“paciente de emergência a gente deixa pra quinta-feira só emergência só paciente que tá mesmo com dor (CD)”; “as emergências que tem agente olha para tratamento, e abre uma vaga espontânea a pessoa vem e marca com agente e trás o cartãozinho do PSF e marca”; “tem os dias de emergência que é toda quinta-feira (TSB)”; “os que vêm aqui pede pra agendar os que têm com dor que é de emergência a gente tenta agendar pro dia mais próximo que é a quinta – feira, só que mesmo assim as quintas que tem já tá em outubro já”; “então o que fazer é ver, passar um medicamento pra controlar a dor até o dia do atendimento”	0
	Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (referência= 07 turnos semanais) 6	“clínicos! Então praticamente a semana toda (CD)”; “só que é assim como é na creche agente não vai toda a semana, agente vai a dois em dois meses ou de três em três meses, no PETE quem foi fui e a auxiliar porque a Cris estava viajando”; “de segunda a sexta (ASB)”	6
	Atendimentos a grupos programáticos em turnos	“não é aquele grupo é aquele dia só pra gestante a gente tá atendendo assim (CD)”	1,5

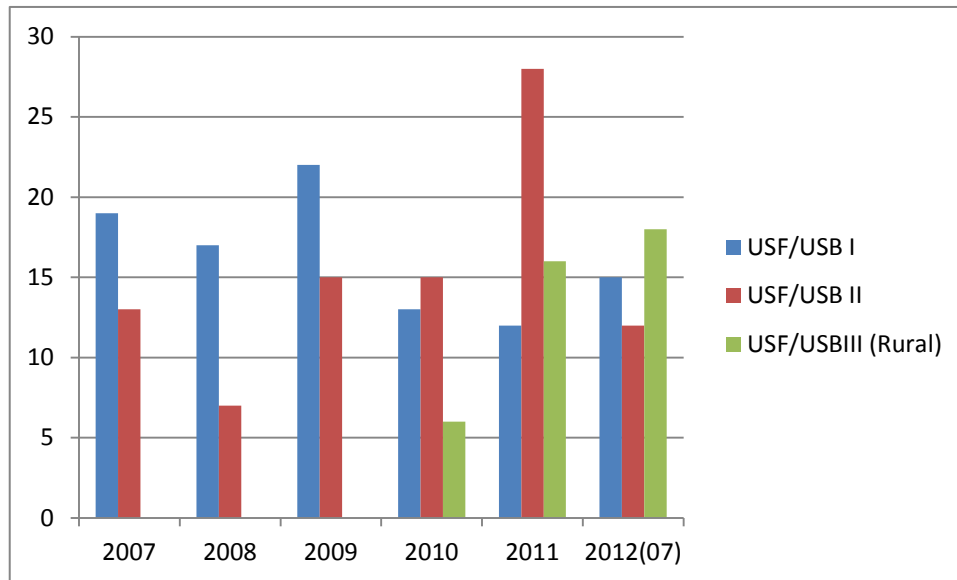
	pontuais 3		
	Modelo de atendimento clínico da USF 3	“todo dia os que vêm vão marcando (CD)”; “E daí já faz a primeira consulta já faz a ficha paciente (CD)”; “então na verdade eu priorizo fazer e começar e terminar em um mês por que era assim a gente pegava de 10 a 15 paciente por mês e tentava finalizar”; “dia que a pessoa vem a gente marca”; “no caso a demanda espontânea a gente ta fazendo o seguinte: a pessoa chega que a gente considera demanda espontânea a pessoa chegou quis marcar a gente marca a gente faz da mesma forma as emergências a gente agenda e atende ai começa o tratamento (TSB)”	0
	Modelo de atendimento da demanda espontânea 9	“prioriza somente urgências e emergências (OD)”; “as emergências que tem agente olha para tratamento, e abre uma vaga espontânea”; “no caso a demanda espontânea a gente ta fazendo um seguinte a pessoa chega que a gente considera demanda espontânea a pessoa chegou quis marcar a gente marca a gente faz da mesma forma as emergências a gente agenda e atende ai começa o tratamento (TSB)”;	0

OBS: “A gente tem uma demanda muito grande de paciente você acaba deixando de fazer a cobertura de toda a população na verdade da nossa área” (CD – ESB); Atendimento de pessoas da zona rural aumenta a demanda; Desconhecem a questão entre acesso e utilização.



**ANÁLISE DOCUMENTAL  
(PLANILHAS DE  
PRODUTIVIDADE  
ODONTOLÓGICA)**

PCOP %	2007	2008	2009	2010	2011	2012(07)
USF/USB I	19	17	22	13	12	15
USF/USB II	13	7	15	15	28	12
USF/USBIII (Rural)	0	0	0	6	16	18



Tx de utilização %	2007	2008	2009	2010	2011	2012
USF/USB I	324	118	195	92	85	97
USF/USB II	291	119	80	103	79	48
USF/USBIII (Rural)	0	0	0	34	33	29

