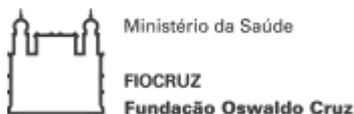


FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

MARIA ERISVALDA MENDES DE SOUZA

FATORES ASSOCIADOS A INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO AMAZONAS:
ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB, NO PERÍODO DE 2012-2017

MANAUS – AM
2023



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

MARIA ERISVALDA MENDES DE SOUZA

FATORES ASSOCIADOS À INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO AMAZONAS:
ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB, NO PERÍODO DE 2012-2017

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Prof. Dr. ROSANA CRISTINA PEREIRA PARENTE

MANAUS – AM
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

S729f

Souza, Maria Erisvalda Mendes de

Fatores associados à integralidade em saúde bucal no Amazonas: análise a partir dos dados do PMAQ-AM no período de 2012-2017 / Maria Erisvalda Mendes de Souza. - Manaus: Instituto Leônidas & Maria Deane, 2023.

68 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas & Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof.^a. Dr.^a. Rosana Cristina Pereira Parente.

1. Saúde bucal. 2. Atenção primária em saúde. 3. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ AB. I. Título.

CDU 616.314(811.3) (043.3)

CDD 617.60981

22. ed.

MARIA ERISVALDA MENDES DE SOUZA

**FATORES ASSOCIADOS À INTEGRALIDADE EM SAÚDE BUCAL NO AMAZONAS:
ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB, NO PERÍODO DE 2012-2017**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 30/08/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Rosana Cristina Pereira Parente. - Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia

Prof^a. Dr^a Nair Chase da Silva. - Membro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof. Dr. Fernando José Herkrath - Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia

AGRADECIMENTOS

A trajetória de elaboração de um trabalho científico é difícil, exige muitas horas de leitura, reflexão, pesquisas, isso remete a um grande esforço físico e mental, exige também dedicação e tempo disponível. Outras dificuldades vão se apresentando ao longo do caminho, sendo necessário buscar as virtudes da paciência, força de vontade e coragem, estas muitas vezes, não são encontradas dentro de nós, assim outras pessoas se somam nessa caminhada, dando incentivo, palavras de conforto e fé. Dessa forma é possível chegar ao fim dessa trajetória.

Cabe neste momento agradecer em primeiro lugar a Deus, ao incentivo da minha família e o apoio dos amigos que fiz no programa de mestrado, à minha orientadora e todos os professores do ILMD/FIOCRUZ, com os quais pude conviver e que me proporcionaram conhecer melhor a realidade de Saúde Pública do país. Nossa turma ingressou num período crítico de pandemia e por essa razão a maioria das aulas foram online, mas isso não diminuiu a qualidade do conhecimento que recebemos, nem o entusiasmo e alegria de ter feito parte desta Instituição.

É uma alegria chegar ao fim dessa trajetória, fazer o mestrado na FIOCRUZ era um desejo desde o cursinho pré-vestibular, quando tive a oportunidade de conhecer os detalhes da história de Oswaldo Cruz, um homem que com coragem defendeu a Saúde Pública no Brasil, mesmo enfrentando uma multidão de insatisfeitos, seguiu firme acreditando na ciência. Sua história certamente inspira aos que também acreditam na ciência e especialmente na Saúde Pública.

*“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande.
Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente
de qualquer jeito”.*
Martin Luther King

RESUMO

A inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família a partir do ano 2000, contribuiu para melhorar o quadro de atenção em saúde bucal no Brasil. No entanto, a expansão dessas equipes não ocorreu de forma equânime em todo o país, ocasionando uma situação de iniquidades, em especial na região norte, que inserida no contexto amazônico, possui dificuldades geográficas, de organização do sistema de saúde e outras, que interferem no acesso aos serviços de saúde da atenção primária e especializada, prejudicando o cumprimento do princípio constitucional da integralidade, que pressupõe que o usuário do sistema de saúde precisa ser atendido em todas as suas necessidades. Dessa forma o presente estudo buscou verificar o atendimento ao princípio da Integralidade pelas Equipes de Saúde Bucal do Amazonas, que fizeram adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no período de 2012-2017. Tendo como objetivo avaliar o cumprimento desse princípio a partir da oferta de serviços de natureza preventiva, curativa e referência para atenção especializada, bem como, identificar os fatores contextuais associados a incorporação progressiva desse princípio no processo de trabalho dessas Equipes. Trata-se de pesquisa quantitativa e estudo ecológico longitudinal. Sendo que o conceito de Integralidade foi compreendido com base no referencial teórico em três subdimensões: I- realização de procedimentos curativos; II realização de procedimentos curativos e III referência. Os resultados da pesquisa revelaram que as ESB do Amazonas apresentaram dificuldades para o atendimento da Integralidade, nos dois períodos avaliados. No entanto a análise estatística revelou uma tendência de crescimento para incorporação progressiva desse princípio. Sendo os fatores contextuais associados positivamente com o desfecho os indicadores IDHM, IFDM, Transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde e Cobertura de saúde bucal. Portanto, foi observado que as condições sociais e econômicas, bem como, a organização do sistema de saúde, influenciaram positivamente para o atendimento desse princípio. A presente pesquisa reafirmou ainda, a importância das avaliações contínuas dos sistemas de saúde, para que os programas de saúde possam ser adaptados à realidade local, favorecendo o cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, dentre estes a integralidade.

Palavras chaves: Integralidade em saúde; Serviços de saúde bucal; Equipes de saúde bucal; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy since 2000 has helped to improve the oral health care situation in Brazil. However, the expansion of these teams has not occurred evenly throughout the country, causing a situation of inequality, especially in the northern region, which is part of the Amazonian context and has geographical, health system organization and other difficulties that interfere with access to primary and specialized health care services, hindering compliance with the constitutional principle of integrality, which presupposes that the user of the health system needs to be attended to in all their needs. This study therefore sought to verify compliance with the principle of integrality by the Dental Health Teams in Amazonas, which have joined the National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB), in the period 2012-2017. The aim was to assess compliance with this principle based on the provision of preventive and curative services and referral to specialized care specialized care, as well as to identify the contextual factors associated with the progressive incorporation of this principle into the work process of these Teams. This is a quantitative survey and a longitudinal ecological study. The concept of integrality was understood based on the theoretical theoretical framework in three sub-dimensions: I - carrying out curative procedures; II carrying out curative procedures and III referral to specialized care. specialized care. For statistical analysis, we first carried out a descriptive analysis of the data was carried out, using absolute and relative frequencies, negative binomial regression analysis, using the Stata SE program, version 17. The results of the study showed that the ESBs in Amazonas had difficulties in meeting the principle of integrality in the two periods evaluated. However, the statistical analysis revealed a growing trend towards the progressive incorporation of this principle. The contextual factors positively associated with the outcome were the indicators IDHM, IFDM, Transfers to Health in relation to the municipality's total expenditure on health and Oral health coverage. Therefore, it was observed that social and economic conditions, as well as the organization of the health system, had a positive influence on meeting this principle. This study also reaffirmed the importance of continuous evaluations of health systems, so that health programs can be adapted to the local reality, favoring compliance with the fundamental principles of the SUS, including integrality.

Key words: Integrality in health care; Dental health services; Dental Care Team; Health evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Lista de Quadros:

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do Primeiro Ciclo deste estudo..... | 29 |
| Quadro 2 | Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do Terceiro Ciclo deste estudo..... | 29 |
| Quadro 3 | Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão I - ações de natureza preventiva, critério de pontuação e atendimento da subdimensão I.... | 34 |
| Quadro 4 | Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão II - ações de natureza curativa, critério de pontuação e atendimento da subdimensão II..... | 35 |
| Quadro 5 | Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão III - referência para a atenção especializada, critério de pontuação e atendimento da subdimensão III..... | 36 |
| Quadro 6 | Variáveis sociodemográficas e dos sistemas de saúde dos municípios, utilizadas para representar os fatores contextuais..... | 37 |
| Quadro 7 | Variáveis contextuais e respectivos conceitos..... | 38 |

Lista de Figuras

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figura 1 | Cumprimento da Integralidade na Atenção à Saúde Bucal, por equipes do estado do Amazonas (1º e 3º Ciclo PMAQ-AB)..... | 59 |
|-----------------|---|----|

Lista de Tabelas

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Distribuição percentual e estimativa de aumento/redução do percentual de equipes, dos itens de qualidade que compunham cada subdimensão, e ciclo de avaliação do PMAQ-AB..... | 60 |
| Tabela 2 | Razão de prevalência segundo as variáveis de interesse para o desfecho de integralidade no 1º e no 3º ciclo do PMAQ-AB..... | 61 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 | Objetivo geral | 14 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 14 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 3.1 | Atenção Primária à Saúde e seus Atributos | 15 |
| 3.2 | A Integralidade e seus múltiplos conceitos e dimensões | 16 |
| 3.3 | Integralidade em saúde bucal no contexto internacional e nacional | 19 |
| 3.4 | A influência dos fatores contextuais para o cumprimento da Integralidade e uso de serviços odontológicos | 21 |
| 3.5 | A Integralidade dentre os objetivos da Rede de Atenção a Saúde | 23 |
| 3.6 | Avaliação em Saúde Bucal e o PMAQ-AB | 24 |
| 4 | MÉTODO | 28 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 28 |
| 4.2 | Área de Estudo, Unidade de Análise e Amostra | 28 |
| 4.3 | Coleta de dados | 31 |
| 4.4 | Plano de Análise | 32 |
| 4.4.1 | Primeira etapa: análise preliminar | 32 |
| 4.4.2 | Segunda etapa: como foi definido o atendimento da Integralidade | 32 |
| 4.4.3 | Terceira etapa: definição das questões a serem utilizadas como indicadores do atendimento da Integralidade | 33 |
| 4.4.4 | Quarta etapa: Variáveis que foram utilizadas como fatores contextuais e seus conceitos | 37 |
| 4.4.5 | Análise estatística dos dados | 39 |
| 4.5 | Aspectos éticos | 39 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 41 |
| 5.1 | ARTIGO: Fatores associados à integralidade em saúde bucal no Amazonas | 41 |
| 6 | CONCLUSÃO | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 63 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988 através da promulgação da Carta Magna é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, proporcionando a todos os brasileiros acesso gratuito à saúde.

A Lei nº 8080/90 que dispõe sobre a organização do sistema de saúde no país, definiu como diretrizes e princípios fundamentais do SUS a universalidade, equidade e a integralidade nas ações de saúde, sendo estes considerados princípios doutrinários. A universalidade pressupõe acesso às ações e serviços de saúde para todas as pessoas, independente de cor, raça ou condição social. A equidade pressupõe o compromisso de diminuir as desigualdades e proporcionar o acesso conforme a necessidade de cada pessoa ou região e a integralidade considera a possibilidade de o usuário receber do sistema de saúde, todo o tratamento necessário para prevenção, recuperação ou reabilitação de sua saúde (BRASIL, 2000).

A garantia da Integralidade em saúde está assegurada no texto Constitucional em seu Art. 198, onde determina que haja atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1998). A lei nº 8080/90 define a Integralidade como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis”, sendo a mesma apresentada como um Princípio e uma Diretriz da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1990).

Em relação ao texto constitucional, segundo Narvai (2005) a lei nº 8.080/90 ampliou o conceito de integralidade, destacando a importância dos “serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos” para que haja cumprimento da Integralidade em saúde.

Embora a Integralidade já estivesse presente em alguns programas de saúde no Brasil, antes mesmo da criação do SUS, como, por exemplo, no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído na década de 80 (BRASIL, 2004a). Atualmente vem assumindo papel relevante no sistema de saúde sendo considerada segundo Starfield (2002) um dos atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS) que quando cumprida, resulta em satisfação do usuário, qualidade na prestação de serviços pelos profissionais e, portanto, melhorias no sistema de saúde, especialmente no contexto da APS.

Após a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF) que prevê uma integração entre Equipes para a prestação de serviço em saúde, a Integralidade passa a assumir um papel de grande importância no trabalho em saúde.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) passou a integrar a ESF de forma mais efetiva a partir de 2004, através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada através da Portaria

GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2004, que instituiu o Brasil Sorridente, tendo como um dos objetivos, assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, recomendando que no processo de trabalho a Equipe de Saúde Bucal deve “estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo”. (BRASIL, 2004 b).

A PNSB contribuiu para o cumprimento do princípio da integralidade no SUS na área da saúde bucal, pois propiciou o aumento da oferta de tratamento odontológico, através da expansão do número de ESB na APS, havendo também organização da oferta de serviços especializados de média complexidade através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentária (LRPD) e alta complexidade através da Assistência Hospitalar, para atendimento de emergências odontológicas a pessoas com necessidades especiais, contribuindo para diminuir as iniquidades em saúde bucal no Brasil.

A cobertura de saúde bucal no Brasil na Atenção Básica, vem progressivamente aumentando no período de 2010 a 2021, passando de 36,53% para 46,12% (e-GESTOR-AB, 2023). Os dados referentes ao ano de 2021, mostraram que a região com maior cobertura de SB na Atenção Básica era o Nordeste com 75,26% e a menor era a região Sudeste com percentual de 44,60%, ficando a região Norte na posição mediana entre as regiões do país com 54,51% de cobertura. Nesse ano, o estado com maior cobertura era o Piauí com 96,23%, já no Amazonas, o percentual de cobertura era de 52,80%. E, no período desta pesquisa 2012 - 2017, no Amazonas a cobertura era de 44,83% e 44,34%, respectivamente.

Estudos de Casotti *et al* (2014), Neves (2016) e Fagundes *et al* (2018), tem demonstrado que a oferta de serviço de saúde bucal tem se revelado ainda incipiente quando se considera os princípios da PNSB, particularmente nas regiões norte e nordeste do país, sendo que esse fator interfere no cumprimento do princípio da integralidade. Dessa forma é importante a compreensão dessa realidade, pois garantir um tratamento integral em saúde bucal é uma forma de ofertar ações e serviços com qualidade, proporcionando a diminuição das iniquidades em saúde bucal que ainda persistem no Brasil.

Avaliar a qualidade da organização dos serviços de saúde tem se mostrado excelente ferramenta para a melhoria da gestão dos serviços de saúde. Da mesma forma, avaliar a qualidade do cuidado ofertado tanto na perspectiva dos usuários quanto dos profissionais, também tem se mostrado excelente ferramenta para a melhoria da oferta de serviços na APS. (MARTINS *et al.*, 2014).

Considerando a importância dos processos avaliativos para a melhoria da oferta dos serviços relativos à atenção básica é que em 2011, foi lançado através da Portaria nº 1.654

GM/MS, de 19/07/2011, o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ -AB, este programa de avaliação da Atenção Básica inovou ao contar com as etapas de contratualização, autoavaliação, avaliação externa, bem como a Certificação das equipes que aceitaram participar do processo e quando bem avaliadas recebem um incentivo financeiro. Tal Programa teve 3 ciclos de avaliação que foram realizados nos períodos de: 2011-2013, 2013-2015 e 2016-2017.

Cassoti (2014) considera que a realização do PMAQ-AB, através de etapas, contribuiu para que os profissionais pudessem refletir sobre suas práticas de saúde, favorecendo o comprometimento em melhorá-las através de mudanças nos processos de trabalho.

Lima et al (2018), enfatizaram a importância dos processos avaliativos utilizando os dados secundários do PMAQ -AB, afirmando que um sistema de saúde centrado na APS deve ser capaz de medir a sua orientação sendo necessário processos avaliativos contínuos, para identificar os aspectos que necessitam de maior atenção e investimentos.

O PMAQ - AB, teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica, apresentou variáveis que abordaram o atributo da Integralidade, podendo ser constituir numa valiosa contribuição para as pesquisas sobre esse tema.

Assim é que, a presente pesquisa se propôs, a partir dos dados do PMAQ - AB, 1º e 3º ciclos, compreender a realidade de Saúde Bucal no estado do Amazonas em relação ao cumprimento da Integralidade nos processos de trabalhos das equipes de saúde bucal. A relevância desse estudo pode ser atribuída à importância de se ter no Amazonas, uma atenção integral na prevenção das doenças, pois segundo a OMS a falta de saúde bucal, pode ser um fator de risco e agravamento para inúmeras doenças.

Também é relevante compreender os fatores que vão além da questão saúde/doença, entender a influência das condições sociais e econômicas, que influenciam no desempenho das ESB para efetivação da Integralidade. As pesquisas sobre esse tema podem gerar resultados positivos na população em estudo, fornecer subsídios para a gestão dos serviços, de formas a ser possível um adequado planejamento e oferta de serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica no estado do Amazonas.

Dessa forma, este estudo pretendeu responder a seguinte pergunta de pesquisa de pesquisa: *As ESB que atuam na APS têm conseguido em seu processo de trabalho, atingir o cumprimento do princípio da Integralidade em saúde bucal e quais os fatores contextuais relacionados ao atendimento desse princípio?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o atendimento ao princípio da Integralidade pelas Equipes de saúde bucal da Atenção Primária no estado do Amazonas e os fatores contextuais associados, a partir dos dados PMAQ-AB no período de 2012-2017.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o atendimento ao princípio da Integralidade pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), a partir da oferta e execução de ações de prevenção, ações curativas e de referência para outros níveis de atenção, entre o primeiro e terceiro ciclo do PMAQ-AB.
- Analisar os fatores contextuais associados ao cumprimento do princípio da Integralidade pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), a partir da oferta e execução de ações de prevenção, curativas e referência para outros níveis de atenção, em cada ciclo compreendido nesta pesquisa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde e seus Atributos

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através de sua Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), ocorrida em 1978 em Alma Ata, destacou a importância desta como fator importante para orientar as políticas públicas de saúde dos países, na ocasião foi proposto um acordo e uma meta a ser alcançada entre os países membros, com objetivo de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Esta política ficou conhecida como “Saúde para todos até o ano 2000”. (OMS, 1978)

Embora as metas de Alma-Ata não tenham sido alcançadas plenamente, a APS veio a tornar-se uma referência fundamental, que impulsionou as reformas sanitárias que ocorreram em diversos países nos anos 80 e 90 (MATOS, 2000).

No Brasil, os princípios da APS fizeram parte da Reforma Sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, sendo ainda mais destacada e valorizada, com a criação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) e com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária em Saúde, como Atenção Básica, definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2017). Esta definição foi muito influenciada pelos estudos de Starfield (2002), que considera a APS a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, representa o primeiro nível de assistência dentro das redes do sistema de saúde, é responsável pela coordenação da rede de atenção e ainda, tem como principais prioridades desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde, e ainda, a recuperação e a reabilitação.

Os estudos de Starfield (2002) são utilizados em vários países, especialmente no Brasil. A autora define quatro Atributos essenciais que devem estar presentes na Atenção Primária: Acesso de primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação do Cuidado e ainda propõe três atributos derivados destes que são: a Orientação familiar; Orientação comunitária e Competência cultural.

Resumidamente, o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, pressupõe que a APS se configure como porta de entrada ao Sistema de Saúde e ofereça condições de acesso e acessibilidade ao usuário. A Longitudinalidade pode ser entendida como

a existência continuada da assistência, favorecendo a relação da população com sua fonte de cuidado. A Coordenação do Cuidado pressupõe a organização do serviço de saúde e, a Integralidade tem como pressuposto a oferta de um conjunto de serviços e ações de natureza preventiva, curativa e reabilitadora dentro do contexto da Atenção Primária e, quando necessário, inclui também encaminhamentos para outros níveis de atenção, favorecendo o atendimento integral do usuário, observando o caráter biopsicossocial da doença (STARFIELD, 2002).

Já os atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e orientação cultural, podem se traduzir em normas de conduta na execução dos trabalhos em saúde. Pois é importante conhecer a família, seu histórico de doenças, compreender como vive a comunidade, qual o quadro epidemiológico da área, sua cultura, visão de mundo, linguagem. Esses atributos, certamente contribuem para um atendimento mais humanizado, facilitando o vínculo usuário-profissional e proporcionando uma oferta de serviço com qualidade (STARFIELD, 2002).

Segundo Tollazzi et al. (2022) o cumprimento destes atributos é importante, pois melhoram a qualidade dos serviços da APS, devendo ser frequentemente monitorados em avaliações periódicas e dentre os quatro atributos essenciais acima apresentados a Integralidade pode ser considerada a essência da Atenção Primária em Saúde.

3.2 A Integralidade e seus múltiplos conceitos e dimensões

A Integralidade é definida no dicionário Michaellis (online) como “*qualidade, do que é integral, conjunto de todas as partes que formam um todo*”. Segundo Narvai, 2005 o termo é de difícil conceituação, talvez em razão dos diferentes olhares e dimensões que a Integralidade assuma no contexto da saúde.

A integralidade é apresentada em alguns estudos nas dimensões do usuário, dos profissionais de saúde e da organização dos serviços, também se faz presente na elaboração das políticas públicas até sua execução, monitoramento e avaliação. Por isso podemos afirmar que apresenta várias dimensões. (FONTOURA E MAYER, 2006; SILVA, 2010).

Na ótica dos usuários segundo Fontoura e Mayer (2006) a integralidade está relacionada a um tratamento digno, com respeito e qualidade. Na ótica dos profissionais de saúde a integralidade busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo, além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade pode ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em saúde (SILVA, 2010)

Giovanella et al., (2002) em trabalho sobre a avaliação dos sistemas de saúde municipais, propôs que Integralidade possui quatro importantes dimensões que precisam ser consideradas nos processos avaliativos. A autora afirma que um sistema de saúde cumpre o atributo da Integralidade quando em primeiro lugar prima pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Segundo garante atendimento nos três níveis de atenção. Terceiro articula as ações de promoção, prevenção e recuperação em âmbito individual e coletivo. E ainda, quarto toma o sujeito como centro da atenção, na sua dimensão biopsicossocial.

Matos (2004) percebe a Integralidade como uma apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde. Ele valoriza as ações de prevenção em saúde, enfatizando a importância destas ações para evitar doenças, ou mesmo tratá-las com antecedência para que não ocorra uma experiência individual e dolorosa de sofrimento. Matos afirma ainda, que na assistência o sujeito não deve ser reduzido a sua doença, mas visto de forma mais ampliada no seu contexto individual e familiar.

Conil (2004) afirma que a Integralidade é um conjunto amplo de ações que proporciona um acompanhamento ampliado e diferenciado do indivíduo, sendo que no Brasil possui um caráter contínuo, coordenado e com enfoque no cuidado.

Fontoura e Mayer (2006) percebem na Integralidade três sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e resposta aos problemas de saúde. Apesar dos vários sentidos da Integralidade, o alicerce é a qualidade no atendimento prestado ao usuário que envolve o cuidado, o acolhimento e visão ampliada. Os autores destacam a importância das ações preventivas e assistenciais, afirmando que o Sistema de Saúde, deve incorporar ações de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

Silva (2018) também apresenta três dimensões que a Integralidade abrange: Políticas de saúde, organização dos sistemas e a prática dos profissionais de saúde. Defende que a Integralidade deve ser operacionalizada de forma multidisciplinar e intersetorial por profissionais capacitados para promover a saúde integral do usuário, levando em conta os problemas de saúde das regiões com sua cultura, estilo de vida e crenças.

As definições acima apresentadas certamente foram influenciadas pelos estudos de Starfield (2002) que apresenta a Integralidade também num contexto de atuação ampla e como um importante Atributo que a APS deve inserir na sua prática diária.

A essência da definição de Integralidade proposto por Starfield (2002, p. 315 a 334) baseia-se principalmente na oferta de serviços pelo sistema de saúde, a partir das necessidades da comunidade. Isso pressupõe uma interação dos profissionais com os pacientes e com a comunidade a fim de estabelecer quais são essas necessidades, que segundo a autora podem ser

“sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades e podem ser intervenções preventivas indicadas ou de promoção de saúde”, e quando alguma necessidade não puder ser atendida na APS, o sistema de saúde deve garantir o encaminhamento para outros níveis de atenção. Dessa forma o usuário terá recebido atendimento integral e resolvido sua necessidade de saúde.

A PNAB 2017, utilizando a definição proposta por Starfield (2002), apresenta a Integralidade como Princípio a ser seguido na APS e a define como: “Conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade” (BRASIL, 2017).

Dessa forma também é possível perceber três dimensões no conceito de Integralidade proposto por Starfield (2002), utilizado na PNAB:

- 1) Valorização da oferta de serviços, baseados nas necessidades das populações; podendo ser serviços de prevenção, cura, reabilitação e ainda ações de promoção de saúde (Fundamento principal).
- 2) Articulação da oferta de serviços e ações nos três níveis de atenção (Organização do serviço de saúde).
- 3) Visão biopsicossocial do usuário e sua doença (Organização do cuidado/práticas de saúde).

Sendo que estas dimensões levam ao objetivo principal da Integralidade que é oferecer um tratamento de saúde ao usuário com dignidade e humanidade, capaz de atender e resolver suas necessidades de saúde. Isto é, a oferta de serviços e ações de natureza preventiva, de promoção de saúde, cura e reabilitação são aspectos importantes para o exercício da Integralidade, podendo ser utilizada em processos de avaliação, que têm como objetivo verificar a qualidade das práticas cotidianas de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3.3 Integralidade em Saúde Bucal no contexto internacional e nacional.

Através da Resolução nº60/2016, a OMS convoca os países a formularem ações de saúde pública, para que possam promover melhorias nas condições de saúde bucal de sua população.

Pesquisa realizada por Petersen, Baez, Ogawa (2020), mostra que, em relação as atividades preventivas, existem grandes diferenças entre esses países, na última década. Os autores afirmam que países de baixa renda tem menos programas de saúde bucal voltados para promoção do que países de alta renda, demonstrando assim preocupação com o desenvolvimento de ações de promoção que levem a redução de fatores de risco para a saúde bucal, como por exemplo, o uso de tabacos, dietas cariogênicas, bem como grande preocupação com doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Hanegea et al. (2018.a) devido os vários tipos de sistemas de saúde mundiais, as políticas específicas de atenção integrada à saúde bucal são diferentes entre países, diferindo também internamente nos níveis nacionais e municipais. Em países como Canadá, Austrália, EUA e Reino Unido, as políticas de integralidade da saúde bucal, dão ênfase a grupos de risco específicos, como crianças menores de 5 anos, pacientes com necessidades especiais, idosos, comunidades rurais e remotas, bem como populações aborígenes e indígenas (HARNAGEA et al., 2018 (a))

Harnegea et al (2018.b) apontam que no Canadá, a assistência odontológica é principalmente privada, portanto, os custos são desembolsados ou cobertos pelo seguro do empregador ou por meio de programas específicos restritos para a população prioritárias, que estão em situação de risco.

Já os Estados Unidos da América adotaram políticas de saúde bucal prestadas pelo Medicaid (seguro social de saúde) para encorajar médicos de clínica geral, pediatras e outros prestadores de cuidados primários a fornecer alguns cuidados básicos de saúde bucal. (PETERSEN et al., 2020). Porém, segundo Brian (2020), a cobertura odontológica do Medicaid é obrigatória para crianças e apenas 19 estados têm benefícios odontológicos estendidos para adultos.

Na Europa, em relação a Integralidade em saúde bucal o que ocorre é uma colaboração de várias entidades como a Association for Dental Education in Europe, do Council of European Chief Dental Officers, da European Association of Dental Public Health e da European Dental Health Foundation, que implementam políticas de saúde bucal, com abordagens intersetoriais e colaboração com profissões de saúde e assistência social (HARNAGEA et al., 2018 (a)).

O México não tem sistema universal como no Brasil, sendo a oferta de serviços odontológicas feitas através dos seguros sociais. Para os trabalhadores informais, desempregados ou marginalizados, existe a assistência pública feita através da Secretaria de Saúde (SS). Dessa forma, as ações de saúde bucal no serviço público também são restritas a menores de 5 anos, pessoas vulneráveis e com necessidades especiais. (GALANTE et.al. 2021)

A Argentina possui o programa “Buenos Aires Sonrie”, que oferece ações de prevenção e procedimentos básicos em saúde bucal. Existindo enfoque em ações de prevenção ao câncer bucal, reabilitação oral de adultos e idosos em situação de vulnerabilidade. E ainda, uma Política de saúde no esporte destinado a distribuir protetores bucais para o nível primário e secundário de jovens e crianças que praticam esporte. As atividades são principalmente voltadas para as práticas preventivas, contando com o apoio de entidades públicas e privadas. Dessa forma não possui uma política financiada apenas pelo setor público. (GALANTE et.al, 2021)

O Chile priorizou a saúde bucal através do Programa Estratégia Nacional de Saúde 2011-2020. No entanto, atualmente as ações em saúde bucal são predominantemente preventivas com a cobertura de fluoretação das águas para 80% da população. E ações preventivas destinadas a crianças e adolescentes. Dessa forma os cuidados dentários são destinados principalmente para crianças em idade de 4,6 e 12 anos e adolescentes grávidas ou mulheres jovens ou adultas na primeira gravidez (GALANTE, et al., 2021).

Portanto, a situação de saúde bucal na Europa, América do Norte, América Central e do Sul, aponta para uma falta de financiamentos público, predomina uma assistência privada, e a Integralidade da saúde bucal na saúde pública desses países é feita através de parceria com entidades representativas da classe odontológica, instituições de ensino ou ainda de assistência social. Ela também ocorre pelo treinamento de profissionais como médicos, enfermeiros, higienista dental, que recebem alguma orientação para prestar serviços de prevenção e promoção da saúde bucal.

Diferente do Brasil que conforme observa Harnegea et al.(2018(a)), foi pioneiro ao integrar os profissionais de saúde bucal às equipes multidisciplinares de Atenção Primária à Saúde. Isso ocorreu principalmente através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente, em 2004, incorporando Equipes de Saúde Bucal na ESF. Da mesma forma, possibilitou o encaminhamento de seus usuários para atendimento especializado, com a criação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD).

A organização do sistema de saúde brasileiro, pautado nos princípios fundamentais de universalidade, igualdade e integralidade, tem procurado proporcionar saúde bucal destinada a todos os brasileiros, não apenas a grupos específicos como ocorre em outros países. E, a observância do princípio da Integralidade tem contribuído para que essa assistência venha sendo melhorada e ampliada, sem deixar de ignorar que ainda persistam as situações de iniquidades, especialmente nas regiões norte e nordeste do país.

3.4 A influência dos fatores contextuais para o cumprimento da Integralidade e o uso de serviços odontológicos

A literatura tem mostrado, que a presença de desigualdades geográficas e socioeconômicas bem como a forma de organização do serviço de saúde são fatores que certamente estão associados ao não cumprimento do princípio da Integralidade, ainda que muito se tenha avançado desde a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. Sendo que essas desigualdades se refletem nos níveis de saúde da população.

Estudos apontam que entre o ano de 1990 - 2009, os indicadores de renda e a taxa de pobreza apresentaram importantes melhoras, mas essas não ocorreram de forma igualitária entre as regiões do país, sendo que as menores reduções desses índices ocorreram nas regiões Norte e Nordeste do país (IPEA, 2011; Andrade et al., 2013).

Ofertar serviços de saúde de qualidade, objetivando o atendimento dos princípios da PNAB, têm se constituído verdadeiro desafio quer seja no nível social, geográfico ou socioeconômico, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do país (VIACAVA et al., 2018; VIACAVA; CARVALHO et al., 2018).

Os fatores contextuais são abordados principalmente pela utilização do conceito de Determinantes Sociais das Doenças (DSS), que segundo Geib (2012) em seu trabalho sobre “Determinantes sociais da saúde do idoso”, a promoção de políticas sanitárias que abordam os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), tem sido a tendência seguida por países preocupados em reduzir as iniquidades em saúde.

As muitas definições de DSS utilizam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS et al, 2007).

A exemplo de Buss et al (2007), Geib (2012) utiliza o conceito de DSS da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), segunda a qual os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, por ser um conceito mais amplo que o da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a OMS, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Ainda neste trabalho, a autora afirma que as duas definições da CNSS e da OMS

Expressam a intenção de atacar as causas das causas das doenças e das iniquidades em matéria de saúde e os mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde e podem ser modificadas por ações específicas sobre os determinantes como renda, educação,

ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde (GEIB, 2012)

Monitorar as desigualdades socioeconômicas em saúde em países com grandes diferenças sociais na situação de saúde, vem sendo ao longo desses últimos tempos, importante elemento a ser considerado para a avaliação do sistema de saúde, considerando a forte associação entre as condições de saúde e o nível socioeconômico da sua população (SOARES, N.M. W, et al 2002; NERI, R.E. et al 2014; GONÇALVES et al, 2023).

No contexto da saúde bucal, bem como a saúde de maneira geral, os DSS podem ser nominados como os que produzem os estratos sociais, geralmente relacionados à renda e à educação, dando origem às desigualdades na exposição as situações de saúde, nas condições de vida e no sistema de saúde (Bueno et al, 2014). Assim, fazer a estratificação social de um grupo ou de uma população e a partir daí, fazer a avaliação de sua relação com a saúde, por certo, pode contribuir para a estratificação da população em termos de possibilidades de melhor acesso às condições de saúde desejada (GONÇALVES et al, 2023).

De acordo com Moysés (2012), a saúde bucal é a soma das condições sociais coletivas criadas quando as pessoas interagem com o ambiente social. Para ele o estado de saúde bucal de um indivíduo está diretamente associado à posição socioeconômica que ele ocupa no contexto de saúde em que vive. Nessa perspectiva, Gonçalves et al (2023) investigaram a correlação entre indicadores de desenvolvimento municipal e indicadores de saúde bucal dos municípios integrantes da mesorregião metropolitana de Curitiba. Eles concluíram que, os municípios com maiores índices de desenvolvimento proporcionaram maior acesso aos serviços de saúde bucal e menores proporções de exodontias por habitante.

Teixeira et al (2023) levantam algumas hipóteses para justificar que o acesso e uso de serviços odontológicos ocorrem de maneira desigual no país. Os autores observaram nesse trabalho, que as pessoas com menor escolaridade e renda, residindo em áreas rurais, utilizam com menor frequência os serviços de saúde bucal que pessoas dos demais estratos sociais. Uma hipótese, segundo os autores é o fato de os serviços odontológicos no país, ainda não estarem consolidados. Outra, é que o uso desigual de serviços de saúde bucal pela população deve-se às óbvias desigualdades sociais e regionais no uso dos serviços odontológicos.

Para esses autores, a literatura corrobora os achados em seu trabalho, na medida que demonstra: a) no Brasil, no último ano, a frequência de uso de serviços de saúde bucal foi maior entre pessoas com maior escolaridade. Em tese essas pessoas têm mais conhecimento a respeito das doenças e os cuidados bucais que aquelas com menor escolaridade; b) entre os indivíduos

com renda per capita domiciliar “menor que um salário-mínimo”, a chance de eles não acessarem os serviços de saúde bucal é maior se comparado com os demais indivíduos da população; c) no Brasil, no último ano, a frequência de uso de serviços de saúde bucal foi menor entre as pessoas que residiam em zonas rurais, evidenciado, dentre outros pelos seguintes fatores: capital humano, qualidade de vida, mercados, infraestrutura social (TEIXEIRA et al, 2023).

A literatura é vasta ao demonstrar que ocorre na região Sul e Sudeste a maior concentração de cirurgiões dentistas, maior frequência no uso de serviços privados de saúde bucal no último ano. se deu no âmbito privado. Até 2021, os planos exclusivamente odontológicos atingiram 14,4% da população brasileira, com maior cobertura nos estados das regiões Sudeste e Sul (capitais e regiões metropolitanas). Por certo, segundo Teixeira et al (2023), são regiões onde se observa o maior Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, o terceiro maior Produto Interno Bruto per capita do país e é uma região cuja maioria da população é alfabetizada e com menor incidência de pobreza. Finalmente, os dados do SB Brasil 2010 mostram que a utilização dos serviços odontológicos no SUS, na região Sul, foi a menor entre as regiões do país, com apenas 37,2% dos indivíduos utilizando esses serviços, contra quase 80% dos indivíduos da zona ribeirinha do Amazonas (URIEL, 2021).

3.5 A Integralidade dentre os objetivos da Rede de Atenção à Saúde

A Portaria nº 4.279/2010 define a Rede de Atenção em Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Dessa forma tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL 2010.)

Segundo Calvasina (2022) a RAS seria uma estratégia para melhorar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e uma contribuição para o funcionamento político administrativo do SUS.

A proposta de trabalhar em RAS nasce também do cumprimento do princípio da hierarquização do SUS e mais uma vez é possível perceber que prover um tratamento integral também se constitui num dos objetivos dessa estratégia.

Em relação a Amazônia brasileira Santos-Melo et al (2018) afirmam que existem fatores complicados para implantação da RAS nessa região que possui características diferenciadas de outras regiões do país, principalmente em relação as peculiaridades geográficas, que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde e a logística necessária para implantação de ações que favoreçam a integralidade da assistência de saúde.

Garnello et al (2018) evidencia a existência dessas peculiaridades ao afirmar que a rede de serviços de saúde na região norte é insuficiente, havendo dificuldades de recursos humanos, principalmente em municípios de pequeno porte. Sendo que os serviços de alta e média complexidade se concentram nas capitais e o repasse de recursos financeiros é muito inferior à média per capita de outras nacional, dispondo ainda de uma infraestrutura insuficiente.

Em relação a assistência odontológica Barros e Barbosa (2022), afirmam que esta segue os mesmos princípios das Redes de Atenção, sendo formatada como uma rede temática estruturada pela PNSB em 2004, através do Brasil Sorridente o que permitiu a incorporação dos profissionais de saúde bucal na ESF, havendo investimento nos CEO e LRPD.

Gondinho et al (2018) também reafirmam que a odontologia se introduz na percepção da RAS como rede temática em saúde bucal (RASB), tendo em vista, a ocorrência da reformulação da assistência, permitindo o acesso à APS pela territorialização e reformulação dos processos de trabalho das ESB, proporcionando o cuidado integral, articulando os pontos assistenciais de acordo com a classificação de complexidade.

No entanto Calvasina (2023) defende que apesar do Ministério da Saúde propor uma Rede de Atenção à Saúde Bucal através da PNSB, esta ocorre de forma transversal e invisível. Pois é fragmentada e incluída em outras Redes Temáticas como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Urgência e Emergência. E dessa forma essa transversalidade ocasiona uma situação de não discussão das demandas específicas da saúde bucal nos estados e municípios. A autora defende ainda que a Saúde Bucal, incluída na pasta da Saúde da Família, depende de recursos desse programa, caso fosse retirada e se tornasse uma Rede Temática prioritária na saúde melhores resultados poderiam ser alcançados.

3.6 Avaliação em saúde bucal e o PMAQ-AB

Dentre os vários conceitos de avaliação utilizados destaca-se que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (Conrandiopoulos et al. 1997).

Santos (2020) afirma que avaliar o desempenho dos serviços de saúde é cada vez mais necessário, tendo em vista, os custos de recursos destinados à saúde e as necessidades da população que requer qualidade e quantidade das ações e programas de saúde.

Os processos avaliativos em saúde podem ser considerados ferramentas importantes para guiar a política saúde pública e tem sido amplamente utilizado. Nesse sentido no Brasil no ano 2000, foi criada a Comissão de Acompanhamento da Atenção Básica (CAA/DAB) pelo Ministério da Saúde, com objetivo de “formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo seu papel estratégico para redirecionamento da organização do sistema de saúde do país” (BRASIL, 2005)

Após essa iniciativa seguiram-se vários modelos e programas de avaliação e segundo Cassoti et al (2014) alguns desses processos foram baseados principalmente em indicadores de desempenho, que haviam sido pactuados pelos entes federativos através do Pacto de indicadores da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Sendo que tais processos avaliativos baseavam-se principalmente no aspecto quantitativo de procedimentos executados.

A partir dos trabalhos de Starfield (2002) que considerou a importância dos atributos essenciais e derivados para avaliação da Atenção Básica. Muitos estudos foram feitos para verificar o cumprimento destes atributos na APS, com objetivo de verificar a qualidade dos serviços. Dentre estes atributos destaca-se a Integralidade, que tem sido tomada em processos avaliativos em suas várias dimensões.

Segundo Connil (2004) a integralidade tornou-se um atributo relevante a ser levada em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral naqueles direcionados a uma política de cuidado. Dessa forma o princípio se transformou em categoria operativo no campo da avaliação.

Cabe destacar que o entendimento da integralidade enquanto um dos atributos da APS, medida por meio de serviços tem sido recorrente em estudos recentes. Nessa perspectiva se destacam os trabalhos de Neves (2016), Sousa e Shimizu (2018) e Pezzini (2021).

Neves (2016) Verificou o desempenho das ESB que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB em todo o país na provisão do cuidado integral em saúde bucal. Utilizando a análise multinível para compreender os fatores associados ao desfecho. O atendimento a integralidade foi medido através da realização de procedimentos preventivos (aplicação tópica de flúor, aplicação de selantes, detecção de lesões bucais e acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer) e procedimentos curativos (restauração de amálgama, restauração de resina, exodontia, raspagem, alisamento e polimento periodontal, curativo de demora e drenagem de abscesso

dento-alveolar). O resultado deste trabalho apontou que 29,46% das ESB realizaram procedimentos preventivos e 69,51% curativos, existindo diferenças macrorregionais para a realização destes procedimentos.

Souza e Shimizu (2018) analisaram o atendimento da integralidade na APS, no período de 2012-2018, observando a realização de cuidados preventivos e assistenciais, utilizando dados do 1º e 3º ciclo do PMAQ-AB. Em relação à saúde bucal utilizou variáveis referente aos procedimentos básicos de aplicação tópica de flúor e selantes, restaurações de amálgama, restauração de resina e exodontia. Concluindo que estes procedimentos foram mais executados em regiões com maior porte populacional, sendo que a região norte obteve resultados inferiores em relação a oferta desses serviços, quando comparada às outras regiões do país.

Pezzini (2021), apresentou trabalho com objetivo de analisar a evolução da assistência odontológica no país, utilizando os atributos do acesso e da integralidade a partir do 1º, 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. A integralidade foi categorizada em nove variáveis, referentes a realização de ações e procedimentos como: garantia de agenda para a continuidade do tratamento iniciado, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina, exodontia, raspagem, alisamento e polimento periodontal, verificação da existência de CEO e referência para as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia, estomatologia, ortodontia e implantodontia. O estudo concluiu que existe necessidade de organização das agendas, para as ações de promoção e tratamento em saúde bucal, assim como, para a classificação de risco e vulnerabilidade. Identificou também estagnação na cobertura de atenção especializada no país no período avaliado.

Estes trabalhos utilizaram metodologias semelhantes para avaliar a saúde bucal, utilizando a integralidade enquanto uma categoria de análise. Sendo que alguns resultados apontaram maiores dificuldades de cumprimento desse princípio na região norte do país.

Em comum foram utilizados como fonte, dados secundários do PMAQ-AB, que tem como uma das propostas segundo Mocelin et al (2021) primar pelo acesso e pelo acolhimento, sendo que o cuidado integral ainda representa um desafio para as equipes de saúde, o que ratifica os achados dos estudos anteriormente apresentados.

O PMAQ-AB foi instituído através Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19/07/2011, tendo como objetivo além de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção das equipes da atenção primária, bem como as equipes de Saúde Bucal. Foi organizado em quatro fases: 1 - adesão e contratualização; 2 - desenvolvimento; 3 - avaliação externa; e 4 – recontratualização

e, a partir do 3º ciclo, a fase 2 contou com autoavaliação, apoio institucional, monitoramento, educação permanente e cooperação horizontal entre as equipes (BRASIL, 2011)

O PMAQ-AB realizou três ciclos (2012, 2014 e 2017), sendo que no primeiro ciclo a avaliação externa contou com 3 módulos: I - Observação na Unidade Básica de Saúde; II - Entrevista com o profissional da Equipe da Atenção Básica e verificação de documentos e III - Entrevista de satisfação do usuário na Unidade Básica de Saúde. A partir do segundo e terceiro ciclos foram adicionados mais três Módulos que buscavam melhor avaliar a Saúde Bucal e o NASF, sendo eles o Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; Módulo V - Observação da Unidade Básica de Saúde para a Saúde Bucal e Módulo VI - Entrevista com o profissional de Saúde Bucal (BRASIL, 2018a).

A etapa de autoavaliação foi considerada um diferencial no PMAQ-AB. pois permitiu que as ESB refletissem sobre a sua prática de trabalho e dessa forma buscassem melhorar o seu desempenho, antes da avaliação externa. Segundo Desfano et al. (2019), este programa se tornou uma ferramenta importante de mobilização e união entre a equipe e a gestão, levando a contribuir com a organização dos processos de trabalho e para o fortalecimento da Atenção Básica.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa de natureza quantitativa e estudo ecológico. Foi utilizado o banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 1º e 3º Ciclos. Segundo Freire e Pattussi (2018), o estudo ecológico longitudinal mede a tendência das taxas das doenças ou outra variável, ao longo do tempo em determinada população ou área geográfica. O estudo ecológico tem como unidade de estudo o grupo e não o indivíduo e tem como fonte de pesquisa, dados secundários provenientes de banco de dados oficiais.

4.2 Área de Estudo, Unidade de Análise e Amostra

A área do estudo compreendeu os 62 municípios do estado do Amazonas, uma área de 1.559.167.878 hab./km², correspondendo a 40,46% da região Norte do país (IBGE, 2022). É conhecido pela grande área territorial e a vasta diversidade socioambiental, geograficamente. A capital Manaus, configura-se como um espaço singular caracterizado pelos hibridismos entre o grau intermediário de urbanização e espaços rurais mistos (IBGE, 2017; EL KADRI et al, 2019).

Neste estudo a unidade de análise foi representada por cada equipe participante da avaliação externa que respondeu ao questionário, em cada ciclo do PMAQ-AB avaliado. No primeiro ciclo aderiram ao PMAQ-AB e participaram da avaliação externa 26 (42%) municípios do Amazonas e 173 equipes das quais 28 (16%) foram excluídas deste estudo considerando a ausência ou a incompletude dos dados. E, no terceiro ciclo, todos os 62 (100%) municípios participaram da avaliação externa e 319 equipes das quais 30 (7%) foram excluídas, também pela ausência ou incompletude dos dados. Justifica-se a não inclusão do 2º ciclo, em razão do mesmo não apresentar questões idênticas ou possíveis readaptação de sentido, em relação aos outros ciclos.

Os quadros 1 e 2 a seguir, detalham essas informações.

Quadro 1 – Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do TERCEIRO CICLO e deste estudo

| Municípios | 1º CICLO DO PMAQ-AB | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| | Nº equipes participantes | Nº de equipes avaliadas neste estudo | Nº de equipes excluídas do estudo |
| Alvarães | 3 | 2 | 1 |
| Amaturá | 2 | 2 | 0 |
| Benjamim Constant | 1 | 0 | 1 |
| Boca do Acre | 3 | 3 | 0 |
| Borba | 8 | 8 | 0 |
| Carauari | 3 | 2 | 1 |
| Coari | 5 | 5 | 0 |
| Eirunepé | 4 | 3 | 1 |
| Envira | 3 | 2 | 1 |
| Humaitá | 9 | 9 | 0 |
| Iranubá | 9 | 9 | 0 |
| Itacoatiara | 20 | 18 | 2 |
| Itapiranga | 2 | 2 | 0 |
| Juruá | 1 | 1 | 0 |
| Jutaí | 1 | 1 | 0 |
| Manacapuru | 10 | 6 | 4 |
| Manaus | 34 | 27 | 7 |
| Manicoré | 7 | 6 | 1 |
| Maués | 12 | 11 | 1 |
| Nova Olinda do Norte | 5 | 4 | 1 |
| Parintins | 12 | 6 | 6 |
| Rio Preto da Eva | 6 | 6 | 0 |
| São Gabriel da Cachoeira | 2 | 2 | 0 |
| São Sebastião do Uatumã | 2 | 2 | 0 |
| Tabatinga | 7 | 7 | 0 |
| Tefé | 2 | 1 | 1 |
| TOTAL = 26 (42%) | 173 | 145 (84%) | 28 (16%) |

Fonte: Banco de dados PMAQ-AM/MS/2013

Quadro 2 – Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do TERCEIRO CICLO e deste estudo

(continua)

| Municípios | 3º CICLO DO PMAQ-AB | | |
|------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | Nº de equipes que participaram | Nº de equipes avaliadas neste estudo | Nº de equipes excluídas |
| Alvarães | 2 | 2 | 0 |
| Amaturá | 2 | 2 | 0 |
| Anamã | 2 | 2 | 0 |
| Anori | 6 | 6 | 0 |
| Apuí | 3 | 3 | 0 |

Quadro 2 – Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do TERCEIRO CICLO e deste estudo

(continuação)

| Municípios | 3º CICLO DO PMAQ-AB | | |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | Nº de equipes que participaram | Nº de equipes avaliadas neste estudo | Nº de equipes excluídas |
| Atalaia do Norte | 3 | 3 | 0 |
| Autazes | 9 | 9 | 0 |
| Barcelos | 3 | 3 | 0 |
| Barreirinha | 5 | 5 | 0 |
| Benjamin Constant | 2 | 1 | 1 |
| Beruri | 3 | 3 | 0 |
| Boa Vista do Ramos | 1 | 1 | 0 |
| Boca do Acre | 5 | 4 | 1 |
| Borba | 8 | 8 | 0 |
| Caapiranga | 4 | 3 | 1 |
| Canutama | 2 | 2 | 0 |
| Carauari | 2 | 2 | 0 |
| Careiro | 5 | 5 | 0 |
| Careiro da Várzea | 4 | 4 | 0 |
| Coari | 11 | 11 | 0 |
| Codajás | 6 | 5 | 1 |
| Eirunepé | 6 | 4 | 2 |
| Envira | 2 | 2 | 0 |
| Fonte Boa | 4 | 4 | 0 |
| Guajará | 3 | 3 | 0 |
| Humaitá | 9 | 8 | 1 |
| Ipixuna | 2 | 2 | 0 |
| Iranubá | 21 | 18 | 3 |
| Itacoatiara | 24 | 20 | 4 |
| Itamarati | 2 | 2 | 0 |
| Itapiranga | 4 | 4 | 0 |
| Japurá | 2 | 1 | 1 |
| Juruá | 2 | 2 | 0 |
| Jutaí | 2 | 2 | 0 |
| Lábrea | 6 | 6 | 0 |
| Manacapuru | 12 | 12 | 0 |
| Manaquiri | 2 | 2 | 0 |
| Manaus | 113 | 102 | 11 |
| Manicoré | 6 | 6 | 0 |
| Maraã | 2 | 2 | 0 |
| Maués | 11 | 11 | 0 |
| Nova Olinda do Norte | 7 | 7 | 0 |
| Novo Airão | 4 | 4 | 0 |
| Novo Aripuanã | 4 | 3 | 1 |
| Parintins | 11 | 9 | 2 |

Quadro 2 – Municípios do Amazonas e equipes que participaram do PMAQ-AB do TERCEIRO CICLO e deste estudo

(conclusão)

| Municípios | 3º CICLO DO PMAQ-AB | | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | Nº de equipes que participaram | Nº de equipes avaliadas neste estudo | Nº de equipes excluídas |
| Pauini | 3 | 3 | 0 |
| Presidente Figueiredo | 7 | 7 | 0 |
| Rio Preto da Eva | 8 | 8 | 0 |
| Santa Isabel do Rio Negro | 2 | 2 | 0 |
| Santo Antônio do Içá | 5 | 5 | 0 |
| São Gabriel da Cachoeira | 7 | 7 | 0 |
| São Paulo de Olivença | 3 | 3 | 0 |
| São Sebastião do Uatumã | 4 | 4 | 0 |
| Silves | 4 | 4 | 0 |
| Tabatinga | 8 | 8 | 0 |
| Tapauá | 6 | 6 | 0 |
| Tefé | 7 | 6 | 1 |
| Tonantins | 2 | 2 | 0 |
| Uarini | 2 | 2 | 0 |
| Urucará | 5 | 5 | 0 |
| Urucurituba | 4 | 4 | 0 |
| Total = 62 (100%) | 431 | 401 (93%) | 30 (7%) |

Fonte: Banco de dados PMAQ-AM/MS/2019

4.3 Coleta de dados

Foram utilizados os dados coletados no 1º ciclo e no 3º de avaliação do PMAQ-AB. Nesses ciclos, as Instituições de Ensino e Pesquisa participaram na etapa de avaliação externa desde a construção do instrumento de avaliação até a aplicação dos questionários nos municípios brasileiros (BRASIL, 2013a). Antes da realização da pesquisa nas unidades e entrevistas às equipes de saúde, os entrevistadores foram devidamente treinados e somente após esse treinamento, a coleta em todas as unidades básicas de saúde que optaram pela adesão ao PMAQ-AB, foi realizada.

Para responder o primeiro objetivo específico, no 1º Ciclo, foram utilizados os dados relativos ao questionário do módulo II – Entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde. Já com relação ao 3º Ciclo, os dados utilizados foram os do questionário do Módulo IV – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde. Ambos disponíveis no site do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>).

Para a responder o segundo objetivo específico foram coletados dados sociodemográficos e dados relacionados aos sistemas de saúde dos municípios, referentes aos anos de 2012 e 2017, mesmo ano da coleta do PMAQ-AB, 1º e 3º ciclos respectivamente, ou ano aproximado, quando da inexistência desses nos anos da pesquisa, disponíveis nos sites: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (<https://www.ibge.gov.br>), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (<https://www.undp.org/pt/brazil>), Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro.- FIRJAN (<https://www.firjan.com.br/pagina-inicial.htm>), E-gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br>) e Sistema de Informações sobre orçamento público em saúde-SIOSP (<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores HTM>).

4.4 Plano de análise

4.4.1 Primeira etapa: análise preliminar

Houve uma etapa preliminar com relação à preparação do banco de dados do PMAQ-AB, do primeiro ciclo - módulo II (BRASIL, 2012) e do terceiro ciclo – módulo VI (BRASIL, 2017b), para que posteriormente a avaliação da completude dos dados que dizem respeito às variáveis que foram utilizadas no presente trabalho, de modo a verificar a qualidade dos dados disponíveis como fonte da presente pesquisa.

4.4.2 Segunda etapa: como foi definido o atendimento da Integralidade

Para essa definição, foi levada em conta a proposta de Starfield (2002), que considera que a Integralidade tem como pressuposto a oferta de um conjunto de serviços e ações de natureza preventiva, curativa e reabilitadora dentro do contexto da Atenção Primária e, quando necessário inclui também encaminhamentos para outros níveis de atenção, favorecendo o atendimento integral do usuário, observando o caráter biopsicossocial da doença. Também considerou o disposto nas diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004), que considera importante no processo de trabalho que as Equipes de Saúde Bucal (ESB) estejam capacitadas a oferecer de forma conjunta: ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo. Também levou em os trabalhos de Neves (2016), Souza e

Shimizu (2018) e Pezzini (2021) que caracterizaram os elementos representativos da Integralidade na saúde bucal em seus estudos, com base nos dados do PMAQ-AB. Assim, resumida, foram selecionados indicadores de qualidades referentes a: *ações de natureza preventiva, ações de natureza curativa e as de referência para a atenção especializada.*

Neste trabalho, foi considerado que a ESB trabalhava considerando a Integralidade na saúde bucal, quando da oferta de serviços, se *executasse TODAS as ações de natureza preventiva, curativa e referência para a atenção especializada*, a seguir especificadas.

4.4.3 Terceira etapa: definição das questões a serem utilizadas como indicadores do atendimento da Integralidade

A seleção das questões, denominadas nos Instrumentos do PMAQ-AB como indicadores de qualidade, dos ciclos 1º e 3º, e o critério para definir se a equipe de saúde cumpria o indicador de qualidade foram especificadas como detalhada a seguir.

Apenas para guardar relação com as denominações do questionário do PMAQ-AB, neste trabalho, as ações de natureza preventiva foram reunidas em grupo denominado de **subdimensão I**. As ações de natureza curativa formaram o grupo denominado de **subdimensão II**. Por fim, os itens de qualidade referentes à atenção especializada de **subdimensão III**. O quadro 3, apresenta com detalhes as questões e forma de pontuação, utilizadas neste estudo.

Assim sendo, a **subdimensão I** denominada de ações de natureza preventiva, foi composta pelos itens que verificaram se a ESB realizou os procedimentos básicos preventivos de: *a) aplicação tópica de flúor e selantes; b) ações de prevenção de câncer de boca e registro de casos suspeitos ou confirmado; e c) a avaliação de risco ou vulnerabilidade na primeira consulta.* A **subdimensão II**, denominada de ações de natureza curativa, foi composta pelos itens que verificaram se ESB realizaram os procedimentos curativos considerados básicos em Saúde Bucal como: *a) restauração de amálgama e resina composta; b) exodontias (decíduos e permanentes); e c) raspagem, alisamento e polimento periodontal (supra e subgingival).* E a **subdimensão III** denominada de referência para a atenção especializada, foi composta por itens que verificaram; *a) a referência para atenção especializada, através da confirmação da existência de CEO no município; e b) referência para as especialidades de endodontia e cirurgia.*

Os itens retirados dos Módulos II (1º ciclo) e VI (3º ciclo) do PMAQ-AB e que compuseram a subdimensão I, bem como os critérios de pontuação, estão apresentados no

Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão I - ações de natureza preventiva, critério de pontuação e atendimento da subdimensão I

| Ciclo | Nº referência | Atributo de Qualidade | Critério de pontuação do atributo |
|--|---------------|--|---|
| 1º | II.36.2.2 | A equipe realiza os seguintes procedimentos básicos de saúde bucal: Aplicação tópica de flúor e selantes. | Se realizar os dois procedimentos a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | II 36.2.1 | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI 7.5.2 | No atendimento clínico a ESB realiza os seguintes procedimentos básicos: Aplicação tópica de flúor e selantes | Se realizar os dois procedimentos a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | VI 7.5.1 | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II 36.8 | A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca? | Se realizar os dois procedimentos a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.11.12 | A Equipe de saúde bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca? | Se realizar os dois procedimentos a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II.36.9 | A equipe registra e acompanha os casos suspeitos confirmados de câncer de boca? | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI. 11.6 | A ESB possui registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência? | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II.36.4 | O profissional de saúde realiza avaliação de risco e vulnerabilidade? | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI. 7.10 | Os profissionais da ESB que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários? | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| Primeiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza todas as ações preventivas se pontuar em todos os 5 itens de qualidade | | | |
| Terceiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza todas as ações preventivas se pontuar em todos os 5 itens de qualidade | | | |

Fonte: Produzido pela autora com base nos instrumentos de Avaliação Externa PMAQ-AB (1º e 3º ciclo)

Assim, o critério de julgamento para sinalizar que a equipe executou as ações de prevenção, tanto para o primeiro ciclo quanto para o terceiro foi: *Critério 1* - “SE A EQUIPE RESPONDEU SIM PARA TODOS OS ITENS DE QUALIDADE QUE COMPUSERAM A SUBDIMENSÃO I, SERÁ CONSIDERADA COMO TENDO REALIZADO AS AÇÕES DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL”.

Os itens retirados dos Módulos II (1º ciclo) e VI (3º ciclo) do PMAQ-AB e que compuseram a subdimensão II, bem como os critérios de pontuação, estão apresentados no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão II - ações de natureza curativa, critério de pontuação e atendimento da subdimensão II

| Ciclo | Nº referência | Atributo de Qualidade | Critério de pontuação do atributo |
|---|---------------|--|--|
| 1º | II 36.2.3 | A equipe realiza restauração de amálgama | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II 36.2.4 | A equipe realiza restauração de resina composta | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II 36.2.5 | A equipe realiza exodontia | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II 36.2.9 | A equipe realiza raspagem, alisamento e polimento supragengivais | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI 7.5.3 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza exodontia de dente decíduo | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI 7.5.4 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza exodontia de dente permanente | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.6 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza raspagem, alisamento e polimento supragengival | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.7 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza raspagem, alisamento e polimento subgengival | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.8 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza restaurações dentárias de amálgama | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.9 | No Atendimento clínico a Equipe de SB realiza restaurações dentárias de resina | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| Primeiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza ações curativas se pontuar em todos os 4 itens de qualidade | | | |
| Terceiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza ações curativas se pontuar em todos os 6 itens de qualidade | | | |

Fonte: Produzido pela autora com base nos instrumentos de Avaliação Externa PMAQ-AB (1º e 3º ciclo)

Desta feita, o critério de julgamento para sinalizar que a equipe executou as ações curativas, tanto para o primeiro ciclo quanto para o terceiro foi: *Critério 2* - “SE A EQUIPE RESPONDEU SIM PARA TODOS OS ITENS DE QUALIDADE A SUBDIMENSÃO II, SERÁ CONSIDERADA COMO TENDO REALIZADO AS AÇÕES CURATIVAS EM SAÚDE BUCAL”.

Finalmente, os itens retirados dos Módulos II (1º ciclo) e VI (3º ciclo) do PMAQ-AB que compuseram a subdimensão III, bem como os critérios de pontuação, estão apresentados no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Indicadores de Qualidade, segundo o ciclo de avaliação do PMAQ-AB, que compuseram a subdimensão III - referência para a atenção especializada, critério de pontuação e atendimento da subdimensão III

| Ciclo | Nº referência | Atributo de Qualidade | Critério de pontuação do atributo |
|--|---------------|---|--|
| 1º | II.37.1 | Existe CEO de referência para a sua Equipe? | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.10.2 | Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a ESB possa encaminhar o usuário. | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II. 37.2.1 | O município possui referência para especialidade em Endodontia | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 1º | II.37.2.3 | O município possui referência para especialidade em Cirurgia Oral | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.1 | Indique se a ESB recebe apoio na UBS para a resolução de casos de Cirurgia Oral | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| 3º | VI.7.5.3 | Indique se a ESB recebe apoio na UBS para a resolução de casos de Endodontia | Se a resposta for Sim, a equipe pontua e recebe o número 1 |
| | | | Em caso contrário, não pontua e recebe o número 0 |
| Primeiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza ações curativas se pontuar em todos os 3 itens de qualidade | | | |
| Terceiro Ciclo = A equipe será sinalizada como realiza ações curativas se pontuar em todos os 3 itens de qualidade | | | |

Fonte: Produzido pela autora com base nos instrumentos de Avaliação Externa PMAQ-AB (1º e 3º ciclo)

Para esta subdimensão III, o critério de julgamento para sinalizar que a equipe executou ações que caracterizem como referência para a atenção especializada, tanto para o primeiro ciclo quanto para o terceiro foi: *Critério 3* - “SE A EQUIPE RESPONDEU SIM PARA TODOS OS ITENS DE QUALIDADE A SUBDIMENSÃO III, SERÁ CONSIDERADA COMO TENDO FEITO REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA”.

O atendimento da Integralidade pela ESB, foi caracterizado quando a equipe ATENDEU CONCOMITANTEMENTE aos três critérios de julgamentos, definidos neste item.

4.4.4 Quarta etapa: Variáveis que foram utilizadas como fatores contextuais e seus conceitos

Tendo em vista, que o estudo também se propôs a analisar os fatores contextuais que estavam relacionados ao cumprimento da Integralidade pelas ESB, tais variáveis contextuais foram constituídas de características sociodemográficas e referentes ao sistema de saúde dos municípios, conforme especificado no Quadro 6.

Quadro 6 – Variáveis sociodemográficas e dos sistemas de saúde dos municípios, utilizadas para representar os fatores contextuais

| Variáveis | Ano/Ciclo PMAQ | Fonte de Consulta (site) |
|---|-----------------------------------|--|
| Contexto – sociodemográficas | | |
| Estimativa da população | 2012 (1º Ciclo) e 2017 (3º Ciclo) | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (https://www.ibge.gov.br) |
| Índice de GINI | 2010 (1º e 3º Ciclos) | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (https://www.ibge.gov.br) |
| PIB <i>per capita</i> | 2010 (1º e 3º Ciclos) | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (https://www.ibge.gov.br) |
| Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDH-M | 2010 (1º Ciclo) | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (https://www.undp.org/pt/brazil) |
| Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal - IFDM | 2016 (3º Ciclo) | Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN (https://www.firjan.com.br/pagina-inicial.htm) |
| Contexto – sistema de saúde dos municípios | | |
| % Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica | 2012 (1º Ciclo) e 2017 (3º Ciclo) | Ministério da Saúde – E-gestor (https://egestorab.saude.gov.br) |
| % Percentual das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com Saúde. | 2012 (1º Ciclo) e 2017 (3º Ciclo) | Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde-SIOSP http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM |

Fonte: As fontes utilizadas, estão citadas no corpo do quadro

Cabe esclarecer que para a composição do banco de dados dessas variáveis contextuais, por tratar-se de dois ciclos a serem avaliados, foi dado prioridade aos dados relativos ao ano da realização da avaliação externa do PMAQ-AB, sendo 2012 (1º ciclo) e 2017 (3º ciclo). Quando não foi possível, foi utilizada a data mais próxima, e em último caso consideraram-se os dados

referente ao ano de 2010 (data do último CENSO do IBGE). Por essa razão cabe esclarecer que para as variáveis sociodemográficas IDHM e IFDM, foi adotado a escolha da variável IDHM no 1º ciclo, sendo a fonte o Censo demográfico 2010, e para um dado mais atual, no 3º ciclo foi adotado o Índice FIRJAN 2017. Considerando que a composição dos dois indicadores representam elementos comuns de renda, emprego, saúde e educação e, portanto, refletem aspectos semelhantes dos municípios avaliados.

O Quadro 7 a seguir, apresenta o conceito de cada uma dessas variáveis utilizadas para definir os fatores contextuais.

Quadro 7 – Variáveis contextuais e respectivos conceitos

(continua)

| Variável | Conceito | Fonte de obtenção |
|---------------------------|---|---|
| População Estimada | Estimativa do crescimento da população por ano | https://cidades.ibge.gov.br |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Média geométrica dos índices das dimensões Renda, Educação e Longevidade, com pesos iguais. | https://www.atlasbrasil.org.br |
| Índice de Gini | Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos têm o mesmo valor) até 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda). O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes. | https://www.atlasbrasil.org.br |
| PIB per capita | O PIB per capita é calculado a partir da divisão do PIB pelo número de habitantes da região e mede quanto do PIB caberia a cada indivíduo de um país se todos recebessem partes iguais. | https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas |
| IFDM 2017 | O IFDM – Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal – é um estudo do Sistema FIRJAN que acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico de todos os mais de 5 mil municípios brasileiros em três áreas de atuação: Emprego; renda, Educação e Saúde. Criado em 2008, ele é feito, exclusivamente, com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde. Tendo como parâmetro: Alto desenvolvimento superiores a 0,8 pontos; Desenvolvimento moderado= 0,6 a 0,8; Desenvolvimento regular=0,4 e 0,6 e Baixo desenvolvimento = 0,4. | https://firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-índice/ |

Quadro 7 – Variáveis contextuais e respectivos conceitos

| (conclusão) | | |
|--|--|---|
| Variável | Conceito | Fonte de obtenção |
| Cobertura de saúde bucal | Mede a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica | https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico |
| Percentual das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com Saúde. | Tem como finalidade dimensionar o percentual de despesas com saúde, financiadas com recursos transferidos por outras esferas de governo. Demonstra a parcela da despesa com saúde que está sob a responsabilidade do município, da qual foi financiada com recursos de outras esferas de governo e não com recursos próprios | https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/implicacoes-legais/como-declarar-manuais/arquivos/2016/adaptacoes-siops-2016-municipios.pdf/view |

Fonte: As fontes utilizadas, estão citadas no corpo do quadro

4.4.5 Análise estatística dos dados

Para a análise estatística foram elaborados dois bancos de dados um referente ao primeiro ciclo e outro ao 3º ciclo, correspondendo respectivamente aos anos de 2012 e 2017.

Para o primeiro objetivo específico foi utilizada a análise descritiva dos dados, por meio da frequência absoluta e relativa dos procedimentos avaliados, que caracterizaram o atendimento da Integralidade.

Para o cálculo da prevalência utilizou-se o quociente entre o número de equipes classificadas com as que atendiam o princípio da Integralidade e o número de equipes, multiplicado por 100. Esse valor foi calculado tanto para o Primeiro Ciclo, quanto para Terceiro Ciclo através da expressão (a).

(a)

$$Prevalência = \left[\frac{N^{\circ} \text{ de equipes que atendiam ao princípio da Integralidade no Ciclo}}{N^{\circ} \text{ de equipes que participaram do Ciclo}} \right] * 100$$

A incorporação progressiva do atendimento da Integralidade pelas ESB, foi avaliada comparando a prevalência obtida conforme o parágrafo anterior, utilizando para isso o Estimador Razão. Ele compara a prevalência do Terceiro com a do Primeiro Ciclo, através da expressão (b).

(b)

$$Estimador \text{ razão } (ER) = \left[\frac{(\text{prevalência do 3}^{\circ} \text{ Ciclo} - \text{prevalência do 1}^{\circ} \text{ Ciclo})}{\text{prevalência do 3}^{\circ} \text{ Ciclo}} \right] * 100$$

Se o valor de ER for igual a 0%, os valores de prevalência foram iguais entre os Ciclos; se o valor de ER for maior que 0%, significa, em termos desta pesquisa, que a prevalência obtida no Terceiro Ciclo foi maior que a obtida no Primeiro Ciclo; e, se o valor de ER for menor, a prevalência do Terceiro Ciclo foi menor que a do Primeiro Ciclo.

Para o segundo objetivo específico, foi utilizada a análise de regressão binomial negativa com variância robusta, para avaliar a associação entre a incorporação do princípio da integralidade pelas ESB e os fatores contextuais dos municípios (um nível). A opção pela regressão Binomial negativa, deveu-se ao fato de a variável resposta ser inflacionada de zeros. Foram utilizados os coeficientes exponencializados para estimar as razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). As variáveis com p-valor $\leq 0,10$ foram mantidas no modelo múltiplo para estimar as RP ajustadas.

Todas as análises foram realizadas no programa Stata SE, versão 17, sendo adotado o nível de significância de 0,05.

4.5 Aspectos éticos

Tendo em vista, que a pesquisa utilizou dados secundários publicados no site do Ministério da Saúde, de domínio público, e não citou o nome dos participantes, este estudo não necessitou de submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme dispõe a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está apresentado em formato de artigo.

5.1 Artigo: Fatores associados à integralidade em saúde bucal no Amazonas

Maria Erisvalda Mendes de Souza, MSc Student¹

Rosana Cristina Pereira Parente, PhD¹

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, Brasil.

Rua Teresina, 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, Brasil. CEP 69057-070. Área de concentração: Ciências da Saúde

Informações sobre financiamento: Sem financiamento

RESUMO

O estudo buscou avaliar o atendimento ao princípio da integralidade pelas Equipes de Saúde Bucal do estado do Amazonas, que fizeram adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo como objetivo identificar o cumprimento desse princípio a partir da oferta de serviços de natureza preventiva, curativa e da referência à atenção especializada, além de identificar os fatores contextuais associados à incorporação da integralidade no processo de trabalho dessas Equipes. Trata estudo ecológico que utilizou dados secundários do 1º e 3º ciclos do referido programa. As associações foram testadas por meio de regressão binomial negativa, estimando as razões de prevalência para o cumprimento do princípio. Os resultados mostraram que ocorreu aumento do percentual de Equipes de saúde bucal que cumpriram o princípio da integralidade de um ciclo para o outro, evidenciou-se também que o índice de desenvolvimento municipal, percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde e cobertura da atenção primária à saúde, associaram-se com prática da integralidade pelas equipes nos municípios do Amazonas. Assim, foi observado que as condições sociais e econômicas, bem como, a organização do sistema de saúde, influenciaram positivamente para o atendimento desse princípio.

Palavras chaves: Integralidade em saúde; Serviços de saúde bucal; Equipes de saúde bucal; Avaliação em Saúde;

ABSTRACT

The study sought to assess compliance with the principle of integrality by Dental Care Teams in the state of Amazonas, which had joined the National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB), with the aim of identifying compliance with this principle based on the provision of preventive and curative services and referral to specialized care, as well as identifying the contextual factors associated with incorporating integrality into the work process of these Teams. This ecological study used secondary data from the 1st and 3rd cycles of the program. The associations were tested using negative binomial regression, estimating the prevalence ratios for compliance with the principle. The results showed that there was an increase in the percentage of Dental care teams that complied with the principle of integrality from one cycle to the next. It was also evident that the municipal development index, the percentage of health transfers in relation to the municipality's total expenditure on health and primary health care coverage were associated with the practice of integrality by the teams in the municipalities of Amazonas. Thus, it was observed that social and economic conditions, as well as the organization of the health system, had a positive influence on compliance with this principle.

Keywords: Integrality in Health ; Dental Health Services; Dental Care Team; Health Evaluation.

Introdução

Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF) que prevê uma integração entre Equipes para a prestação de serviço em saúde, a integralidade passou a assumir um papel de grande importância no trabalho em saúde. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incluída na ESF de forma mais efetiva a partir de 2004, através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que instituiu o Brasil Sorridente, tendo como um dos objetivos, assegurar o cumprimento da integralidade nas ações de saúde bucal, recomendando que no processo de trabalho as Equipes de Saúde Bucal, devam “estar capacitadas a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo”.¹

É possível afirmar que PNSB contribuiu para o cumprimento do princípio da integralidade no SUS na área da saúde bucal, pois propiciou o aumento da oferta de tratamento odontológico, através da expansão do número de ESB na Atenção Primária à Saúde (APS) e na ESF, havendo também organização da oferta de serviços especializados de média complexidade através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentária (LRPD) e da Assistência Hospitalar, para atendimento de emergências odontológicas a pessoas com necessidades especiais, contribuindo para diminuir as iniquidades em saúde bucal no Brasil.

Conforme dados oficiais, entre 2010 e 2020 houve aumento da cobertura de saúde bucal no Brasil de 36,53% e 56,11%, com expansão do número de ESB de 21.999 para 30.606². Porém, estudos realizados objetivando avaliar a integralidade em saúde bucal revelaram que este aumento da cobertura não propiciou o cumprimento desse princípio em todas as regiões do país, sendo que norte e nordeste apresentaram os piores resultados^{3,4}.

Casotti *et al*³, avaliaram as características da oferta de serviços de odontologia e organização da atenção em saúde bucal das equipes participantes do PMAQ-AB em relação ao atributo do acesso e da integralidade, concluindo que a garantia da continuidade do tratamento é menor nas regiões norte e nordeste, usuários apresentaram queixas de longa espera para realização de tratamento especializado.

Neves⁴, avaliou o trabalho das ESB que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB em relação ao processo de trabalho e realização de procedimentos odontológicos curativos e preventivos e sua associação com os fatores contextuais dos municípios brasileiros, revelando que esses

procedimentos foram maiores nas regiões sul e sudeste, sendo que as regiões norte e nordeste apresentaram os menores resultados.

Esses estudos apontam que o cumprimento do princípio da integralidade é mais difícil nas regiões norte e nordeste do país, evidenciando a necessidade de compreensão dessa realidade, pois garantir um tratamento integral em saúde bucal é uma forma de ofertar ações e serviços com qualidade, proporcionando a diminuição das iniquidades na saúde bucal que ainda persistem no Brasil.

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde é cada vez mais necessário considerando os custos de recursos da saúde e que a população requer qualidade e quantidade das ações e programas de saúde⁵. Dessa forma a presente pesquisa tem como objetivo avaliar o atendimento ao princípio da integralidade pelas ESB do Amazonas que aderiram ao 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB, buscando analisar o cumprimento desse princípio através da realização de atividades preventivas, curativas e de referência para atenção especializada, bem como, identificar os fatores contextuais que podem estar associados ao cumprimento desse princípio.

Método

Trata-se de estudo ecológico, sendo utilizados os bancos de dados da etapa de avaliação externa do PMAQ-AB, 1º e 3º Ciclos, apresentando um total de 604 ESB que aderiram ao programa no estado do Amazonas. Após a exclusão das equipes que deixaram de responder ao questionário, foram avaliadas 546 ESB, sendo 145 no 1º ciclo e 401 no 3º ciclo.

A definição das questões que comporiam o cumprimento do princípio da integralidade, considerou o proposto por Starfield⁶ que define que a integralidade apresenta como pressuposto a oferta de um conjunto de serviços e ações de natureza preventiva, curativa e reabilitadora dentro do contexto da APS e, quando necessário, inclui também encaminhamentos para outros níveis de atenção, favorecendo o atendimento integral do usuário, observando o caráter biopsicossocial da doença. Também respeitou o disposto nas diretrizes da PNSB¹ que considera importante no processo de trabalho que as ESB estejam capacitadas a oferecer de forma conjunta: ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

As variáveis que compuseram o construto princípio da integralidade neste estudo foram agrupadas em subdimensões, com base nos trabalhos de Neves⁴, Sousa e Shimizu⁷ e Pezzini⁸

que caracterizaram os elementos representativos da Integralidade na saúde bucal em seus estudos.

Assim sendo, a **subdimensão I**, denominada de ações de natureza preventiva, foi composta pelos itens que verificaram se a ESB realizou os procedimentos básicos preventivos de: *a) aplicação tópica de flúor e selantes; b) ações de prevenção de câncer de boca e registro de casos suspeitos ou confirmado; e c) a avaliação de risco ou vulnerabilidade na primeira consulta.* A **subdimensão II**, denominada de ações de natureza curativa, foi composta pelos itens que verificaram se ESB realizaram os procedimentos curativos considerados básicos em Saúde Bucal como: *a) restauração de amálgama e resina composta; b) exodontias (decíduos e permanentes); e c) raspagem, alisamento e polimento periodontal (supra e subgingival).* E, a **subdimensão III**, denominada de referência para a atenção especializada, foi composta por itens que verificaram; *a) a referência para atenção especializada, através da confirmação da existência de CEO no município; e b) referência para as especialidades de endodontia e cirurgia.* Os itens de qualidades foram retirados dos Módulos II (1º ciclo) e VI (3º ciclo) do PMAQ-AB que abordaram a Saúde Bucal ^{9,10,11}.

Foi considerado que a ESB atendia ao cumprimento do princípio da Integralidade, se executasse concomitantemente TODAS as ações de natureza preventiva, curativa e referência para a atenção especializada avaliadas.

Para testar os fatores associados ao cumprimento da Integralidade, foram utilizadas as variáveis contextuais sociodemográficas e as relativas ao sistema de saúde, conforme o ciclo avaliativo e as disponíveis para consulta em fontes oficiais, assim dispostas: 1) Variáveis sociodemográficas: Estimativas da população do município – anos de 2012 e 2017, Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH-M) – ano de 2010, Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) – ano de 2017 ; índice de Gini – ano de 2010 e, PIB *per capita* anos de 2012 e 2017; 2) Variáveis do sistema de saúde: Cobertura de saúde bucal na Atenção Básica, por município – anos de 2012 e 2017 e Percentual de Transferências de recursos de saúde em relação à despesa total do município com saúde (%Transf.SUS/D.Total).

A fonte de pesquisa das variáveis contextuais sociodemográficas foram os dados oficiais do IBGE, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN). As variáveis relativas ao sistema de saúde foram obtidas dos E-gestor AB e do Sistema de Informações sobre orçamento público em saúde (SIOSP). ^{12,13,14,2,15}

Para a análise estatística foram construídos dois bancos de dados, referentes ao 1º ciclo e 3º ciclo do PMAQ-AB, correspondendo respectivamente aos anos de 2012 e 2017. Em

relação as variáveis contextuais, quando não foi possível utilizar a correspondente ao ano do ciclo avaliado, utilizou-se aquele mais próximo, no caso do IDH-M e Índice de Gini o ano de 2010, por ser o único disponível. Cabe esclarecer que foi utilizado o IDH-M (2010) no 1º ciclo e o índice IFDM (2017) da FIRJAN no 3º ciclo. Tal escolha, deveu-se ao fato de que o IFDM era mais atual e a composição dos dois indicadores representam elementos comuns como renda, emprego, saúde e educação, que caracterizam os municípios.

Inicialmente utilizou-se a estatística descritiva, por meio da frequência absoluta e relativa para a caracterização das subdimensões. Em seguida, foi realizada análise de regressão binomial negativa com variância robusta para avaliar a associação entre a incorporação do princípio da integralidade pelas ESB e os fatores contextuais dos municípios, estimando-se as razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Todas as análises foram realizadas no programa Stata SE, versão 17, sendo adotado o nível de significância de 0,05.

Por tratar-se de dados secundários de domínio público, disponibilizados pela Secretária de Atenção Primária à Saúde¹⁴, este estudo não necessitou de submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme dispõe a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados

Verificou-se que apenas 7,6% (IC 3,29%;11,91%), correspondente a 11 equipes do 1º Ciclo, e 17,5% (IC 13,78%;21,22%), correspondente a 70 equipes do 3º Ciclo, foram consideradas como aquelas equipes que atendiam ao princípio da Integralidade na Atenção à Saúde Bucal, em municípios do estado do Amazonas, segundo os dados do PMAQ-AB. Cabe salientar que, dessas equipes, 54,0% (1º ciclo) e 58,3% (3º ciclo) estavam situados na capital do estado, Manaus.

Apesar do aumento significativo ($p=0,0023$) da proporção de ESB que incorporaram a integralidade na Saúde Bucal dos municípios, considerando que a razão de crescimento foi de 56,5% entre os dois ciclos, os percentuais de cumprimento identificados, podem ser considerados muito baixos, uma vez que menos de 20%, atenderam a esse princípio. (Figura 1)

Quando analisados por subdimensão, constatou-se que a subdimensão I - ações de natureza preventiva, foi aquela em que se observou o maior incremento no desempenho das

equipes de SB, com crescimento de 68,4% entre os dois ciclos do PMAQ-AB, ainda que no 3º ciclo o percentual de equipes que realizavam atividades preventivas, não tenha alcançado 50%. A subdimensão II - ações de natureza curativa, a exemplo das ações preventivas, não alcançou 50% das equipes em nenhum dos Ciclos avaliados, e o crescimento foi de 51,8% na comparação entre os dois ciclos. Por fim, a subdimensão com menor crescimento (15,6%) entre os dois ciclos foi a III - referência para a atenção especializada (Figura 1). Por outro lado, a subdimensão III foi a que apresentou maior percentual de equipes, tanto no primeiro quanto no terceiro ciclos, que realizavam encaminhamento de pacientes à atenção especializada. Esta foi a única subdimensão na qual se observou mais de 50% das equipes cumprindo os itens avaliados, identificado no 3º ciclo avaliativo.

Na análise dos itens que compunham a avaliação de cada uma das subdimensões (Tabela 1), verificou-se que na subdimensão I, o que mais contribuiu para o aumento entre os ciclos, foi o item “A Equipe realiza ações de prevenção do câncer de boca e faz o registro dos casos suspeitos”. A comparação entre os dois ciclos, mostrou um crescimento de 74,0% de equipes que passaram a realizar essa ação de prevenção.

Quanto aos itens que compuseram a subdimensão II, os resultados mostram, que os procedimentos curativos permaneceram em alta, em detrimento às ações preventivas na saúde bucal. Chama atenção que, a exodontia, nos dois períodos, foi realizada por mais de 90,0% das ESB, e as restaurações dentárias por mais de 70% das equipes, nos ciclos avaliados, embora se observe diminuição nos procedimentos de restauração em amálgama (-39,5%). A raspagem, alisamento e polimento apresentou um aumento de 70% de equipes realizando esse procedimento (Tabela 1)

Já na subdimensão III, o item que mais contribuiu para o crescimento de equipes na comparação entre o 1º e 3º Ciclo, foi “ESB tem disponível por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas para referência” (Tabela 1)

Nas análises de associação com os fatores contextuais do 1º Ciclo, foi observada associação significativa com as variáveis IDH-M e Percentual de Transferência de recursos em relação à despesa total do município com saúde. A partir dos valores da razão de prevalência ajustada para essas duas variáveis identifica-se que, a probabilidade de determinada ESB, atender ao pressuposto da Integralidade aumentou à medida que aumentou o valor do IDH-M. No entanto, essa probabilidade também aumenta à medida que ocorre diminuição da variável percentual de Transferência de recursos para saúde em relação à despesa total do município com saúde.

Já no 3º ciclo, foi observada associação significativa com a razão de prevalência ajustada nas variáveis IFDM e cobertura da saúde bucal. A probabilidade de determinada Equipe de Saúde Bucal, atender ao pressuposto da Integralidade aumenta à medida que aumenta o valor do IFDM e a cobertura de saúde bucal (Tabela 2).

Discussão

Os achados do estudo evidenciaram que o cumprimento da Integralidade em saúde bucal no estado do Amazonas, ainda se constitui em um objetivo a ser alcançado pela maioria das ESB, sendo observado ainda que aspectos socioeconômicos e relacionados aos serviços de saúde, influenciaram no atendimento a este princípio.

Em relação aos itens de cada subdimensão que mais contribuíram para o atendimento ao princípio da integralidade, ficou evidenciado na Subdimensão I aumento das ações de aplicação tópica de flúor e selante, nos dois ciclos, no entanto a ação que mais cresceu nessa Subdimensão I foi a prevenção ao câncer de boca, embora o percentual das ESB que afirmaram fazer registro dos casos suspeitos ou confirmados seja menor, sendo essa uma ação indispensável que ajuda a estabelecer os fluxos para referência à atenção especializada com maior brevidade, aumentando as chances de obter um tratamento mais eficaz¹.

Mesma tendência de crescimento nas ações de prevenção ao câncer e menor percentual de registro de casos suspeitos ou confirmados também foi identificado em outros estudos¹⁶, sendo que Casotti et al.¹⁷ e Barros et al.¹⁸ concordam ser importante investir na formação das ESB, para estarem qualificadas a executarem ações de prevenção ao câncer, através da atualização dos conhecimentos e estabelecimentos de fluxos preferenciais para o encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados.

Enfatiza-se a importância dessas ações de prevenção ao câncer de boca, pois segundo o Instituto Nacional de Câncer-INCA¹⁹ no Brasil no ano de 2020, ocorreram 6.192 óbitos por câncer de boca e a estimativa para o triênio 2023 a 2025 é de 15.100 novos casos.

O câncer de boca acomete mais o sexo masculino, sendo localizado principalmente no assoalho da boca e na língua, tendo como fatores de risco principais o tabagismo e o etilismo¹⁹. Segundo a PNSB o diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas ESB na Atenção Básica¹. Esta prática irá resultar num prognóstico mais favorável na abordagem da doença. Portanto, embora tenha ocorrida

melhora nas ações de prevenção ao câncer de boca, ainda é necessário qualificar as ESB de saúde para o registro dos casos suspeitos ou confirmados.

Ainda, sobre os procedimentos preventivos, a variável de avaliação de Risco e vulnerabilidade, considerada importante, pois ajuda na organização do fluxo, proporcionando atendimento com maior brevidade, para casos que necessitam de maior resolutividade²⁰ apresentou tendência de declínio de um ciclo para o outro, tendo alcançado o menor resultado nessa Subdimensão I.

Nas ações curativas, observou-se diminuição dos procedimentos de restauração de amálgama e aumento na execução de restauração em resina. Atualmente muito se tem discutido sobre a presença do mercúrio no amálgama, como fator prejudicial à saúde, evidenciado principalmente na Convenção de Minamata, que foi um acordo entre vários países do mundo com objetivo de proteger a saúde humana e o meio ambiente das emissões e liberações antropogênicas do mercúrio e compostos de mercúrio, sendo que o Brasil assinou esse acordo, promulgado através do Decreto nº 9.470, de 14 de agosto de 2018²¹. É possível que este fato tenha contribuído para a diminuição das restaurações em amálgama. Outra questão importante também foi a evolução dos materiais resinoso, o que tornou os tratamentos conservadores mais viáveis, com baixo custo, menor tempo de tratamento e resultados estéticos mais satisfatórios²².

Observou-se também que o item que mais aumentou de um ciclo para o outro foi realização de procedimentos de raspagem, alisamento e polimento periodontal. Segundo Pezzini⁸ essa tendência de crescimento foi observada em todas as regiões do país nos três ciclos do PMAQ-AB e Chisini et al² afirmam que esse crescimento pode estar associado à implantação de novas ESB no país, o que propiciou maior oferta desse serviço para a população na APS. Foi observado o aumento de número de ESB no Amazonas no período avaliado, mas os resultados mostram que este aumento não indicou necessariamente um aumento da oferta de serviços.

Ainda com relação as ações curativas, o observado nessa pesquisa, também estão em acordo com o relatado por Júnior et al²⁴. Esses autores observaram que, a atenção em saúde bucal na atenção primária à saúde acontece principalmente através de procedimentos curativos, dentre eles: restaurações em amálgama e resina, exodontias e raspagens, alisamentos, polimentos periodontais.

As exodontias permaneceram com elevado percentual em relação aos demais procedimentos curativos em cada ciclo, com pequena redução no terceiro ciclo. Desde 2013, na pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015²⁵, foi proposta a meta de reduzir as exodontias, pois se considera que quanto menor o percentual de exodontias maior a qualidade do tratamento ofertado pela saúde bucal no município, demonstrando maior prática

de atividades preventivas. No entanto, foi alto o percentual de ESB no estado do Amazonas que afirmaram realizar os procedimentos de exodontias.

Um estudo sobre fatores relacionados à proporção de exodontias em todo país indicou maior ocorrência desse procedimento nas regiões norte e nordeste, que segundo os autores apresentam piores indicadores socioeconômicos e menos ações de promoção da saúde bucal²⁶.

Os resultados observados nesta pesquisa também estão em acordo com o descrito por Sousa e Shimizu⁷. Esses autores afirmam que apesar dos avanços da PNSB, o modelo curativo, invasivo, ainda é muito praticado no SUS. Embora tenha ocorrido uma expansão de ESB, ainda predomina uma atenção maior para procedimentos curativos. Sendo comum a procura por tratamento em situação de dor, o que leva a práticas mutiladoras em detrimento a práticas preventivas.

Na análise das ações que tratam da referência para a atenção especializada, foi identificado um aumento por parte da rede de saúde, de oferta de consultas especializadas para referência ou para o CEO ou para profissional especialista disponível para atender. Nessas ações, foi verificado o menor crescimento em relação as anteriores, sendo que menos de 50% das ESB, fazem referência para as especialidades de endodontia e cirurgia. Tal resultado demonstra que a atenção especializada em saúde bucal no Amazonas ainda é muito reduzida.

Estudos sobre a atenção secundária no país confirmaram a existência de desigualdades na implantação dos CEO e disponibilidade de atenção especializada, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste^{27, 28}. Para Goes et al²⁸, o menor percentual de implantação desses serviços é na região norte, o que dificulta os sistemas de referência e contrarreferência, podendo influenciar no perfil epidemiológico da região e assim, comprometer o princípio da Integralidade.

Segundo Pezzini⁸ houve crescimento significativo da atenção especializada após a PNSB, porém a dependência de outras esferas de governo aliada a redução dos investimentos financeiros, fez que ela fosse estagnada em todas as regiões do país. O Amazonas possui número reduzido de CEO para atender a demanda no estado, pois até 2009, foram implantados 13 CEOS e segundo dados do Ministério da Saúde este número permanece inalterado²⁹. Sendo necessário para o atendimento do princípio da integralidade, maior expansão desses centros de referência.

Essa realidade leva a reflexão sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde Bucal. Segundo Gondinho et al³⁰ a odontologia se introduz na percepção da RAS como rede temática em saúde bucal (RASB), no entanto Calvasina³¹ defende que apesar do Ministério da Saúde propor uma Rede de Atenção à Saúde Bucal através da PNSB, esta ocorre de forma transversal e invisível. Pois é fragmentada e incluída em outras Redes Temáticas como a Rede de Cuidados

à Pessoa com Deficiência e Rede de Urgência e Emergência. E dessa forma essa transversalidade ocasiona uma situação de não discussão das demandas específicas da saúde bucal nos estados e municípios.

Dessa forma a necessidade de uma nova estruturação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Amazonas se faz necessário. Pois existe uma demanda de atenção especializada no estado que não tem sido suprida pela Atenção Secundária ou Terciária, em razão da baixa quantidade de CEO disponíveis, e ainda, da Atenção Hospitalar estar localizada principalmente na capital, resultando em dificuldades de acesso. Um novo desenho da RASB no Amazonas, poderia incluir aumento de profissionais especialistas na Atenção Primária, o que resultaria em maior resolutividade dos serviços especializados já nesse nível de atenção, contribuindo para melhorar o acesso das populações do interior a estes serviços.

Em relação aos fatores associados ao atendimento da integralidade, a presente pesquisa evidenciou que no primeiro ciclo as ESB localizadas em municípios com maior índice de IDHM e que receberam menor percentual de transferência de recursos (SUS) em relação à despesa total do município com saúde tiveram maior chance de praticar a integralidade. Já no terceiro ciclo, foi observado que quanto maiores os indicadores de IFDM e Cobertura de saúde bucal, maior a chance das ESB incorporarem à sua prática de trabalho o princípio da integralidade.

A influência de fatores socioeconômicos para a saúde bucal foi evidenciada por Gonçalves *et al*²⁷ quando afirmam que apesar da expansão das ESB nos últimos anos, a PNSB ainda enfrenta grandes obstáculos em relação às desigualdades em saúde, sendo que muitas ações e serviços de saúde bucal são pouco acessíveis para populações que vivem em regiões e locais com grandes necessidades econômicas e sociais.

As características socioeconômicas, bem como geográficas, da região norte, são frequentemente referidas como empecilho para um melhor desempenho dos serviços de saúde. O Amazonas inserido nessa realidade amazônica da região norte possui municípios distantes dos grandes centros, com baixa densidade demográfica com problemas socioeconômicos e de organização do sistema de saúde, com maioria de profissionais e atenção especializada localizados na capital³². Essa realidade certamente pode interferir para o cumprimento da integralidade em saúde, principalmente na atenção à saúde bucal.

Este estudo evidenciou que melhores índices de IDHM e IFDM podem contribuir para a prática da integralidade. Mesma evidência foi encontrada no trabalho de Neves⁴ que avaliou o processo de trabalho das ESB no Brasil, na perspectiva do cumprimento da integralidade com dados do 1º ciclo do PMAQ-AB e percebeu que as EBS localizadas em municípios brasileiros com os maiores índices de IDHM, tem mais possibilidade de praticar a integralidade.

Cabe destacar que dos 62 municípios do Amazonas, a capital Manaus é o único que possui alto IDHM, sendo os demais classificados como IDHM baixo ou muito baixo¹³. Em relação ao IFDM apenas os municípios de Manaus, Parintins, Itapiranga e Manacapuru, apresentavam desenvolvimento moderado, os restantes, foram classificados como regular ou baixo¹⁴. A composição comum destes indicadores é a renda, educação e saúde, refletindo, portanto, o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Valores elevados podem contribuir para a melhoria na assistência à saúde bucal e na prática da integralidade pelas ESB do Amazonas.

Foi observado também, apenas no primeiro ciclo, associação significativa da variável Transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com Saúde e a prática da integralidade. Esta variável representa a parcela da despesa com saúde que está sob a responsabilidade do município, da qual foi financiada com recursos de outras esferas de governo e não com recursos próprios³³. A análise estatística aponta que quanto menor o percentual de Transferências de recursos para a saúde do município, maior a chance da ESB praticar a integralidade. Este resultado é aparentemente contraditório, em razão da importância dos recursos (próprios ou não) destinados a área da saúde dos municípios e considerando que alguns municípios do estado do Amazonas são SUS dependente. No entanto, é possível que o percentual reduzido de ESB que aderiram ao primeiro ciclo do PMAQ-AB tenha contribuído para esta associação significativa. Ou ainda, que este resultado reafirme a importância do desenvolvimento socioeconômico dos municípios, que irão dispor de maior percentual de recursos próprios para investir na saúde, e dessa forma esse resultado confirmaria a associação significativa com os outros indicadores de IDHM e IFDM observados nos dois ciclos.

Cabe ressaltar que a questão do financiamento para a saúde bucal é importante, pois segundo Souza e Shimizu⁷ para a odontologia, a questão financeira é um fator de influência no seu desenvolvimento, pois muitos gestores justificam as falhas na atenção, pelos elevados custos de materiais, instrumentos e equipamentos necessários para o atendimento.

Um estudo de série temporal sobre financiamento da saúde bucal que abrangeu o período de 2003 a 2017, revelou que houve grande investimento até 2012, queda no início de 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e discreta redução em 2017. Entretanto, o repasse do recurso federal não garante a aplicação deste recurso na saúde bucal dos municípios³⁴. Dessa forma isso ressalta a importância do município possuir recursos próprios para investir na saúde.

A Cobertura da saúde bucal foi outra variável que teve associação positiva com a Integralidade. É evidente que o aumento de ESB nos municípios ao propiciar uma maior cobertura, melhora a oferta de serviços odontológicos, um estudo sobre disponibilidade de

serviços odontológicos nos municípios brasileiros observou melhor desempenho em municípios com maior cobertura de saúde, tanto na atenção básica, quanto na atenção especializada³⁵.

Pinho *et al*³⁶ analisaram a evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras, período de 2001 a 2013 e concluíram que o número de equipes era insatisfatório, pois atendia apenas 42,1% da população brasileira, bem aquém do teto de 100%, sendo identificado que a região norte detinha menor percentual. Mesma evidência encontrada por Costa *et al*³⁷ que também analisou a cobertura de saúde bucal no Brasil, no período de 2008 a 2012 e identificou menores percentuais de cobertura de saúde bucal nas regiões norte.

A cobertura de saúde bucal no Brasil na Atenção Básica, vem progressivamente aumentando no período de 2010 a 2021, passando de 36,53% para 46,12%⁵. Os dados referentes ao ano de 2021, mostram que a região com maior cobertura de SB na Atenção Básica foi o Nordeste com 75,26% e a menor era a região Sudeste com percentual de 44,60%, ficando a região Norte na posição mediana entre as regiões do país com 54,51% de cobertura. Em 2021, o estado com maior cobertura era o Piauí com 96,23% já no Amazonas, o percentual de cobertura era de 52,80%. E, no período desta pesquisa 2012 - 2017, no Amazonas a cobertura praticamente manteve-se sem crescimento, era de 44,83% e 44,34%, respectivamente². Evidencia-se assim, a necessidade de investimentos para o aumento da cobertura da saúde bucal no estado do Amazonas.

Portanto, a análise dos fatores associados à integralidade IDHM, IFDM, Transferência de recursos para a saúde em relação a despesa total do município com saúde e Cobertura de saúde bucal, identificados no presente estudo, apontam a necessidade de estabelecer políticas públicas de saúde, que levem em consideração os aspectos socioeconômicos dos municípios, as dificuldades de financiamento da saúde e a necessidade do aumento da cobertura de saúde bucal, a fim de que a Integralidade tomada como princípio, diretriz ou atributo da Atenção Primária à Saúde, seja uma realidade alcançada pela saúde bucal no Amazonas.

Cabe destacar que a escolha das variáveis utilizadas para definir se a equipe cumpria o princípio da integralidade, pode se constituir em uma limitação do estudo, uma vez que, foi considerado que determinada ESB havia incorporado o princípio da Integralidade em sua prática de trabalho, se realizasse concomitantemente as ações de prevenção, ações curativas e de referência para atenção especializada. A utilização de dados secundários também pode se configurar numa limitação desse estudo, pois existe o risco da superestimação dos dados, ou mesmo ausência de lançamentos, assim a utilização do PMAQ-AB pode não representar a realidade de todas as ESB do Amazonas, uma vez que a adesão ao programa era voluntária. No entanto, a contribuição desta pesquisa, aponta para a importância dos processos avaliativos em

saúde bucal, especialmente na região norte que possui características socioeconômicas diferentes de outras regiões do país e que, portanto, necessita também de intervenções diferentes.

Conclusão

O estudo evidenciou que as ESB que atuam na APS têm tido dificuldades para atingir o cumprimento do princípio da Integralidade em Saúde Bucal no Amazonas, pois menos de 20% das Equipes, tanto no 1º quanto no 3º ciclo, realizaram todos os procedimentos propostos na avaliação da Integralidade. Porém, se no geral a presente pesquisa evidenciou baixo percentual para o cumprimento desse princípio, quando comparados os dois ciclos, os resultados são mais promissores, sendo possível afirmar que as ESB estão caminhando para incorporação progressiva desse princípio em sua prática de trabalho.

Em relação aos fatores contextuais associados à prática da integralidade pelas ESB, a presente pesquisa evidenciou que os indicadores de IDHM, IFDM, Transferência de recursos para a saúde em relação à despesa total do município com saúde e Cobertura de saúde bucal, apresentaram associação significativa com este princípio, revelando a importância dos fatores socioeconômicos e dos sistemas de saúde para a incorporação da Integralidade no processo de trabalho das ESB no Amazonas.

A presente pesquisa reafirmou ainda, a importância das avaliações contínuas dos sistemas de saúde, para que os programas de saúde possam ser adaptados à realidade local, favorecendo o cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, dentre estes a integralidade.

Referências

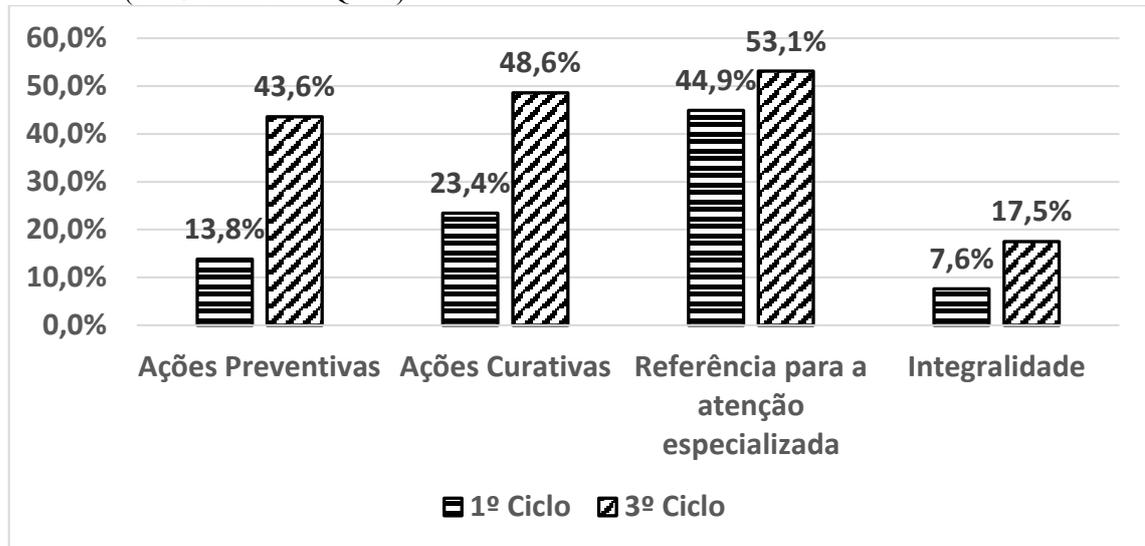
1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004. Disponível: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.
2. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura de Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberuraSB.HTML>. Acesso em 22 maio 2022.
3. Casotti E, Contarato PC, Fonseca AB, Borges PK, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. Rev Saúde Debate [Internet] 2014;38 (Spec no):140-157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9YRYvBpqvwmVZTbBGmTP65n/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2022.
4. Neves M. Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil: Análise dos dados do PMAQ-AB [Tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 83 p
5. Santos JL. Avaliação do desempenho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.
6. Stafield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [E-book on the Internet]. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>>. Acesso em: 29 maio 2022.
7. Sousa ANA, Shimizu HE. Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018). Rev Bras Enferm., v.74, n.2, 2021; Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>. Acesso em: 20 maio 2022.
8. Pezzini MS. Acesso e Integralidade em saúde bucal no Brasil: análise a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). [Dissertação] Paraná: Faculdade do Oeste do Paraná; 2021.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você. Brasília, DF, 2012.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou parametrizada). Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/InstrumentoAvaliacao_externa_AB_SB.pdf. Consultada em 31 maio. 2022.

11. Ministério da Saúde. Banco de dados do Programa de melhoria do acesso e da qualidade a atenção básica-PMAQ-AB. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>. Acesso em 20 maio. 2022.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados sociodemográficos da Região Norte e Estado do Amazonas (Dados CENSO 2010 e atuais). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 20 maio. 2022.
13. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD): base de dados. Disponível em: www.undp.org.br. Acesso em: 20 maio 2022.
14. Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN). Consulta ao índice FIRJAN de desenvolvimento municipal (IFDM). [internet]. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/>. Acesso em: 20 maio.2022.
15. Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOSP). Indicadores municipais. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>. Acesso em 27 jun. 2022.
16. Almeida GM, Alves MEM, Bastos RR, Marinho CSV, Arantes DC; Nascimento LS. Impacto do processo de trabalho e da atenção ao câncer de boca no desempenho das equipes de saúde bucal em estado amazônico. Arq Odontol, Belo Horizonte, 2022
17. Cassoti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(5): 1573-1582.
18. Barros IS, Cassoti E, Gouveia MV. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. Rev Enferm UFPE, online, Recife, nov. 2017; 11(11):4273-89. DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201701.
19. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 20/06/2023.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Bucal. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudebucalsistemaunico_saude.pdv> Acesso em 26 jun.2023
21. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.470, de 14 de agosto de 2018. Promulga a Convenção de Minamata sobre mercúrio, firmada pela República Federativa do Brasil em Kumamoto, em 10 de outubro de 2013 [Internet] Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9470.htm. Acesso em: 26 jun 2023.

22. Dos Santos Maciel R, Nascimento F. Evolução das resinas compostas. **Research, Society and Development**, 2022; 11 (15). 191111537182-e191111537182.
23. Chisini LA et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2019; 27(3):345-353.
24. Júnior, FJL et al. Integralidade em saúde bucal na Atenção Primária à saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, 2021.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
26. Filgueira, AA, Roncalli, AG. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. *SANARE – Revista de políticas públicas*, 2018; 17(2); 30-39.
27. Gonçalves, AJG, Pereira, PHS, Monteiro, VSMF, Baldani, MH. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Rev Saúde em Debate: Rio de Janeiro*, jul-set 2020; 44 (126):715-738.
28. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FM, Costa JFR, Pucca JGA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012; 28 Sup:S81-S89.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Cidades Atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas [internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/AM>. Acesso em 10 ago.2023.
30. Gondinho BVC, Guerra LM, Bulgareli JV, Probst LF, Cortellazzi KL, Possobon RF et al. Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2018, v. 31
31. Calvasina P. Paola. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023; 28:785-788.
32. Garnelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2018; 42 (no esp 1):81-99.
33. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Alterações SIOPS para municípios 2016. Adequação do SIOPS aos novos padrões da Contabilidade Pública Brasileira. [Internet]. Ministério da Saúde; 2016. Disponível: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/implicacoes-legais/como-declarar-manuais/arquivos/2016/adapta-oes-siops-2016-municipios.pdf/view>>. Acesso em 27/06/2023.
34. Rossi TRA, Chaves SCL, Almeida AMF, Santos, CML, Santana, SF. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2019; 24(12):4427-4436.

35. Galvão MHR, Souza ACO, Moraes HGF, Roncalli AG. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27 (6):2437-2448.
36. Pinho JRO, Souza TC, Vilas Bôas MD, Marques CPC. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, 2015; 69(1):80-95.
37. Costa RC, Ribeiro ILA, Rodrigues LV, Valença AMG. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2018; 6 (2): 212-219.

Figura 1 - Cumprimento da Integralidade na Atenção à Saúde Bucal, por equipes do estado do Amazonas (1º e 3º Ciclo PMAQ-AB)



Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB (1º e 3º ciclos)

Tabela 1 – Distribuição percentual e estimativa de aumento/redução do percentual de equipes, dos itens de qualidade que compunham cada subdimensão, e ciclo de avaliação do PMAQ-AB

| Subdimensões | Indicadores de Qualidade | 1º Ciclo | | 3º Ciclo | | razão de crescimento/redução |
|-----------------|--|----------|---------|----------|---------|------------------------------|
| | | Sim (%) | Não (%) | Sim (%) | Não (%) | |
| Subdimensão I | A equipe realiza os seguintes procedimentos básicos preventivos: Aplicação Tópica de Flúor e Selante | 86 | 59 | 315 | 86 | 24,5% |
| | A Equipe realiza ações de prevenção do câncer de boca e faz o registro dos casos suspeitos | 27 | 118 | 287 | 114 | 74,0% |
| | Existe avaliação de risco ou vulnerabilidade no acolhimento ou a ESB está capacitada para avaliação de risco e vulnerabilidade | 108 | 37 | 271 | 130 | -10,2% |
| Subdimensão II | A equipe realiza restauração em amálgama | 111 | 34 | 220 | 181 | -39,5% |
| | A equipe realiza restauração em resina | 125 | 20 | 388 | 13 | 10,9% |
| | A equipe realiza exodontia | 136 | 9 | 394 | 7 | 4,5% |
| | A equipe realiza raspagem, alisamento e polimento periodontal | 37 | 108 | 348 | 53 | 70,6% |
| Subdimensão III | A ESB tem disponível por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas para referência | 76 | 69 | 261 | 140 | 19,5% |
| | A ESB possui referência para Endodontia e Cirurgia | 65 | 80 | 196 | 205 | 8,3% |

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB (1º e 3º ciclos)

Tabela 2 - Razão de prevalência segundo as variáveis de interesse para o desfecho de integralidade no 1º e no 3º ciclo do PMAQ-AB.

| Ciclos do PMAQ-AB | Variáveis | RP bruta (IC95%) | p-valor | RP ajustada (IC95%) | p-valor |
|-------------------|---|--------------------|---------|---------------------|------------------|
| 1º CICLO | Estimativa Populacional 2012 ^a | 1,01 (1,00-1,02) | 0,003 | - | |
| | IDH-M ^b | 1,15 (1,06-1,26) | 0,001 | 1,34 (1,01-1,77) | 0,043 |
| | Índice de Gini | 0,23 (0,00-424,02) | 0,700 | - | |
| | PIB per capita 2012 ^c | 1,04 (1,01-1,08) | 0,022 | 0,87 (0,74-1,02) | 0,079 |
| | % Cobertura da saúde bucal 2012 | 0,97 (0,94-0,99) | 0,026 | - | |
| | % Transferência recursos /Despesa do município com saúde | 0,95 (0,92-0,99) | 0,010 | 0,96 (0,93-0,99) | 0,014 |
| 3º CICLO | Estimativa populacional 2017 ^a | 1,01 (1,00-1,01) | <0,001 | 1,00 (1,00-1,01) | 0,075 |
| | IFDM 2017 ^d | 1,10 (1,07-1,13) | <0,001 | 1,10 (1,05-1,15) | <0,001 |
| | Índice de Gini | 0,04 (0,00-1,66) | 0,091 | - | |
| | PIB per capita 2017 ^c | 1,07 (1,05-1,09) | <0,001 | - | |
| | % Cobertura da saúde bucal 2017 | 0,98 (0,97-0,99) | <0,001 | 1,02 (1,00-1,03) | 0,024 |
| | % Transferência recursos / Despesa do município com saúde | 0,96 (0,94-0,97) | <0,001 | - | |

^a mudança de uma unidade representa um acréscimo de 10.000hab.

^b a mudança de uma unidade representa um acréscimo de 0,1 unidade no IDH.

^c a mudança de uma unidade representa um acréscimo de R\$1.000.

^d a mudança de uma unidade representa um acréscimo de 0,1 unidade no IFDM.

6 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que a Integralidade em saúde bucal, ainda se constitui num objetivo a ser alcançado pela maioria das ESB no Amazonas, uma vez que os resultados mostraram baixo percentual do cumprimento desse princípio.

No entanto, a análise comparativa dos dois ciclos revelou que ocorreu tendência de crescimento, sendo que os fatores contextuais associados positivamente com o desfecho foram os indicadores IDHM, IFDM, Transferência de recursos para a saúde em relação à despesa total do município com saúde e Cobertura de saúde bucal. Portanto, é possível afirmar que os fatores contextuais sociais e relacionados ao sistema de saúde, influenciaram positivamente para oferta de uma atenção integral em saúde bucal no Amazonas. Embora os resultados observados, dão conta do quão longe o estado do Amazonas ainda se encontra desse modelo de assistência integral.

Sendo que a melhora no atendimento a este princípio passa necessariamente pelo estabelecimento de políticas públicas de saúde, que levem em consideração os aspectos socioeconômicos dos municípios, as dificuldades de financiamento da saúde e a necessidade do aumento da cobertura de saúde bucal. A fim de que a Integralidade tomada como princípio, diretriz ou atributo da Atenção Primária, seja uma realidade alcançada pelas ESB no Amazonas.

Os resultados deste estudo permitiram também compreender que os processos avaliativos são ferramentas importantes para a evolução dos sistemas de saúde e devem ser estimuladas. Portanto, a atenção em saúde bucal, assim como outros programas de saúde precisam ser monitorados por meio de avaliações frequentes, pois estas favorecem a compreensão da eficácia e eficiência desses programas, com vistas à oferta de uma atenção em saúde bucal com qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gabriel Mácula; ALVES, Mayra Emanuele Magalhães; BASTOS, Raquel Rodrigues; MARINHO, Carla Sueli do Vale; ARANTES, Diandra Costa;

NASCIMENTO, Liliane Silva. **Impacto do processo de trabalho e da atenção ao câncer de boca no desempenho das equipes de saúde bucal em estado amazônico.** Arq Odontol, Belo Horizonte, 2022

BALDANI, Márcia Helena; RIBEIRO, Ana Elisa; GONÇALVES, Jéssica Rodrigues da Silva Noll; DITTERICH, Rafael Gomes. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. Saúde Debate, v. 42, nº especial 11, p. 145-162, Rio de Janeiro, 2018.

BARROS, Iara Santos; CASOTTI, Elisete; GOUVÊA, Mônica Vilella. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. Rev Enferm UFPE, online, Recife, v. 11, n.11, p. 4273-89, nov.2017.DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201701.

BARROS, Manoela Guimarães; BARBOSA, Adriano Batista. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 11, p. 1571-1587, 2022.

BRASIL. Constituição Federativa da República. Brasília, 1988. Disponível em: <http://wwsenado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 20 maio.2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004a.

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. Brasília DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 27 jun.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, jul.2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União - DOU**, n. 138, Seção 1, p. 79-80, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.2.ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Alterações SIOPS para municípios 2016. Adequação do SIOPS aos novos padrões da Contabilidade Pública Brasileira. Disponível: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/implicacoes-legais/como-declarar-manuais/arquivos/2016/adapta-oes-siops-2016-municipios.pdf/view>>. Acesso em 27/06/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 set. 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União - DOU**, n. 183, Seção 1, p. 67–76, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou parametrizada).Brasilia,DF,2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/InstrumentoAvaliacao_Externa_AB_SB.pdf>Consultada em 31 maio 22.

BRASIL. Nota Metodológica. Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde;2017c. Disponível em:https://egestorab.saude.gov.br/paginas/aceso_Publico/relatorios/nota_tecnicanotametodologica_SB.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Bucal. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [internet].Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdv> Acesso em 26 jun.2023.:

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.470, de 14 de agosto de 2018. Promulga a Convenção de Minamata sobre mercúrio, firmada pela República Federativa do Brasil em Kumamoto, em 10 de outubro de 2013 [Internet] Brasília: Presidência da República, 2018b. Disponível em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9470.htm. Acesso em: 26 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Brasília, 2022. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 20 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Cidades atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/AM>. Acesso em 10 ago.2023.

BRIAN, Zachary., WEINTRAUB, Jane A. **Oral health and COVID-10: Increasing the need for prevention and access.** Rev Prev. Chronic Dis, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5888/pcd17.200266>.

BUENO, Roberto Eduardo; MOISÉS, Simone; BUENO, Paula Alexandra; MOISÉS, Samuel Jorge. **Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil.** Rev. Panam Salud Publica, n.36, v. 1,p. 17-23, 2014, PMID:25211673.

BUSS, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis -Rev Saude Coletiva 2007; 17(1):77-93.

CALVASINA, Paola. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 785-788, 2023.

CASOTTI, Elisete; CONTARATO, Priscilla Caran; FONSECA, Ana Beatriz Monteiro; BORGES, Pollyanna Kássia de Oliveira; BALDANI, Márcia Helena. **Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB.** Rev Sade Debate: Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p.140-157, out.2014.

CASOTTI, Elisete et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1573-1582, 2016

CHISINI, Luís Alexandre et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. Cadernos Saúde Coletiva, 2019; 27(3):345-353.

CONIL, Eleonor Minho. **Avaliação da Integralidade:** conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1417-1423, set./ out., 2004.

COSTA, Raphael Cavalcante; RIBEIRO, Isabela Lima Arrais; RODRIGUES, Larycia Vicente; VALENÇA, Ana Maria Gondin. **Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 6, n. 2, p. 212-219, 2018

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde;** 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Biblioteca virtual em saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf> Acesso em: 01 maio 2022.

DOS SANTOS MACIEL, Rayanne; NASCIMENTO, Fernando. Evolução das resinas compostas. **Research, Society and Development**, v. 11, n.15, p. 191111537182-e191111537182, 2022.

DOS SANTOS-MELO, Giane Zupellari et al. Organização da rede de atenção à saúde no estado do Amazonas-Brasil: uma pesquisa documental. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 3, 2018.

E-GESTOR. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura de Saúde Bucal**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberuraSB.xhtml> Acesso em: 31 maio 2022.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO RIO DE JANEIRO (FIRJAN). Consulta ao índice FIRJAN de desenvolvimento municipal (IFDM). [internet]. Disponível em: < <https://www.firjan.com.br/ifdm/>>. Acesso em: 20 maio 2022.

FERREIRA, Jéssica; GEREMIAS, Daniela Savi; GEREMIA, Fabiano; CELUPPI, Ianka Cristina; TOMBINI, Larissa Hermes Thomas; SOUZA, Jeane Barros. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian**. Av Enferm. 2021;39(1):63-73. Disponível em: < <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.8593>> . Consultado em: 31 maio 2022.

FILGUEIRA, Adriano, Roncalli, Angelo Giuseppe. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. SANARE – Revista de políticas públicas; n.1, vol.2, p. 30-39, 2018.

FONTOURA, Rosana Teresinha; MAYER Cristiane Nunes. **Uma breve reflexão sobre a integralidade**. Rev. Bras. Enferm., v. 59, n.4, p. 532-7, jul./ ago., 2006.

FREIRE, M.C.M.; PATUSSI, M.P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, C. **Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p.109-127.

GALANTE, Mariana Lopes; CARRER, Fernanda Campos de Almeida; NEUMANN, Aline; GIRALDES, Amanda PISCHEL, Nicole (Org.) **Country Profile - Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health**. São Paulo: FOU SP, 2021. 278p.

GALVÃO, Maria Helena; SOUZA, Ava Conceição; MORAIS, Hannah Gil; RONCALLI, Angelo Giusepe. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2437-2448, 2022.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Determinantes sociais da saúde do idoso**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012

GIOVANELLA Ligia.; LOBATO, Leonora V. Costa; CARVALHO, Antônio Ivan.; CONIL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr., 2002.

GONDINHO, Brunna Verna Castro et al. Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s81-s89, 2012.

GONÇALVES, Ana Julia et al. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Rev Saúde em Debate: Rio de Janeiro*, v. 44, n. 126, jul-set 2020;

.HARNEGEA, Hermina.; LAMOTHE, Lise.; COUTURIER, Yves.; ERNANI, Elhan. **How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: A qualitative study.** *Rev PLoS ONE*, 2018b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205465>>. Acesso em: 31 maio 2022.

HARNEGEA, Hermina.; LAMOTHE, Lise.; COUTURIER, Yves.; ESFANDIARI, Shahiokn; VOYEIR, René.; CHARBONNEAU, Anne; ERNANI, Elhan. **Theoretical concepts to policies and Applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care.** *Rev BMC Oral Health* 1, 2018^a. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0484-8>>. Acesso em: 31 maio 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sociodemográficos da Região Norte e Estado do Amazonas (Dados CENSO 2010 e atuais). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 20/05/2022.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. In: Instituto Nacional do câncer Rio de Janeiro, 2022. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 20/06/2023.

JUNIOR, Franciso Jussie et al. Integralidade em saúde bucal na Atenção Primária à saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, 2021.

LIMA, Gagno; GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; BOUSQUAT, Aylene; SILVA, Edcarlos Vasconcelos. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB.** *Rev Saúde Debate: Rio de Janeiro*, v.42, n. especial, p.52-66, set.2018.

MATOS, Rubem Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1411-1416, set-out, 2004

MATOS, Rubem Araújo. **Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial, 2000.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCK, Kátia Vergetti; RONIR, Luiz Ragiol, WERNECK, Guilherme Loureiro; *Epidemiologia*. 2^a ed. São Paulo: Atheneu. 2008 p.265-274. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5062663/mod_resource/content/3/Cap_Epidemiologia%20Medronho%20Sec.%202.pdf>; Acesso em: 06/08/2022.

MOYSÉS, SJ. **Inequalities in oral health and oral health promotion.** Braz Oral Res. 2012;26(Spe 1):86-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012000700013> PMid:23318749.

NARVAI, Paulo Capel. **Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica?** In: Garcia D.V. (Org). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; p. 28-42, 2005.

NERI M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(Supl):S77-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>. 5.

NEVES, Matheus. **Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil: Análise dos dados do PMAQ-AB.** Tese (Doutorado Saúde Bucal Coletiva), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, jun. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Resolução 60.17 da WHA Saúde Bucal: Plano de Ação para Promoção e Prevenção Integrada de Doenças. Genebra, OMS, 2007

PETERSEN, Pool Erick; BAEZ, Ramon J.; OGAWA, Hiroshi. **Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years aft the World Health Assembly statement on oral health.** Wiley online library.com/journal/cdoe Community Dent Oral Epidemiol., n.48, p. 338–348, 2020.

PEZZINI, Muriel Stein. **Acesso e Integralidade em saúde bucal no Brasil: análise a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde), Faculdade do Oeste do Paraná, Curitiba, mar.2021.

PINHO, Judith Rafaelle Oliveira et al. **Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 69, n. 1, p. 80-95, 2015.

PNUD. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Base de dados. Disponível em: <www.undp.org.br>. Acesso em: 20 maio 2022.

RIOS, Luiza Rahmeier Fietz; COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação normativa dos centros de especialidades odontológicas, Brasil, 2014.** Saúde em Debate, v. 43, p. 122-136, 2019.

ROSSI, Thais Regis Aranha et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 826-836, 2018

SANTOS, Juliana Leandro dos. **Avaliação do desempenho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Integralidade em Saúde: Revisão de Literatura.** Rev. Cienc. Cuida Saúde, v. 9, n.3, p.593-601, Jul/Set 2010; DOI: 10.40259i3.8726.

SOUSA, Alan Nunes Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. **Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018)**. Rev Bras Enferm., v.74, n.2, 2021; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>>. Acesso em: 20 maio 2022.

SIOPS-Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde indicadores municipais. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2022. Disponível em:< <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>>. Acesso em 27 jun. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Cinthia Nara Gadelha. **O uso dos serviços odontológicos no último ano na população brasileira: revisão sistemática com metanálise**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 1087-1100, 2023.

TOLLAZI, Julia da Rosa; GRENDENE, Gabrieli Monteiro; VILHOLE, Daniele Botelho. **Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática**. Rev. Panam Salud Pública, 2022. DOI <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.2>.