



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Gonçalves, Ana Júlia Gizzi; Pereira, Pedro Henrique Stremel; Monteiro, Vitória; Silva Junior, Manoelito Ferreira; Baldani, Márcia Helena
Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais
Saúde em Debate, vol. 44, núm. 126, 2020, Julho-Setembro, pp. 725-738
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012610>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369097011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais

Structure of oral health services offered in Primary Care in Brazil: regional differences

Ana Júlia Gizzi Gonçalves¹, Pedro Henrique Stremel Pereira¹, Vitória Monteiro¹, Manoelito Ferreira Silva Junior¹, Márcia Helena Baldani¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012610

RESUMO Teve-se por objetivo analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde Bucal e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras. O estudo quantitativo, analítico e transversal utilizou dados secundários referentes aos Módulos I, V e VI da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2013-2014). A análise descritiva foi realizada por frequências absolutas (n) e relativas (%), e houve comparação entre regiões brasileiras pelo teste qui-quadrado com uso do Teste Z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). A amostra foi constituída por 24.056 Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuavam 29.778 Equipes de Atenção Básica; destas, 16.203 (67,3%) possuíam serviços odontológicos e abrigavam 18.119 Equipes de Saúde Bucal. De maneira geral, as Unidades Básicas de Saúde apresentavam boa estrutura física, porém, baixa acessibilidade para pessoas com deficiência. Os consultórios odontológicos apresentavam estrutura física adequada e equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos suficientes. No entanto, exibiam alta proporção na oferta de serviço mutiladores em comparação a procedimentos que evitariam as extrações dentárias, e baixa oferta de referência especializada. Além disso, houve evidenciadas desigualdades regionais, favoráveis às regiões Sul e Sudeste.

PALAVRAS-CHAVE Acessibilidade aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT The aim of the study was to analyze the conditions of accessibility, structure and offer of dental services in Basic Health Units with the Oral Health Team and to compare them between the Brazilian geographic regions. The quantitative, analytical and cross-sectional study used secondary data referring to Module I, V and VI of the External Evaluation of the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) (2013-2014). The descriptive analysis was performed by absolute (n) and relative (%) frequencies, and there was a comparison between Brazilian regions using the chi-square test using the Z Test adjusted by the Bonferroni method ($p < 0.05$). The sample consisted of 24,056 Basic Health Units, in which 29,778 Primary Care Teams worked; of these, 16,203 (67.3%) had dental services and housed 18,119 Oral Health Teams. In general, the Basic Health Units had a good physical structure, but low accessibility for disabled persons. The dental offices had adequate physical structure and sufficient dental equipment, instruments and supplies. However, they exhibited a high proportion of mutilating service offerings compared to procedures that would avoid tooth extractions, and a low specialized reference supply. In addition, regional inequalities were observed, favorable to the South and Southeast regions.

KEYWORDS Health services accessibility. Primary Health Care. Oral health.

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Ponta Grossa (PR), Brasil. marciabaldani@gmail.com



Introdução

No Brasil, principalmente no início dos anos de 2000, o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais e consistentes apresentou resultados positivos na redução sistemática da desigualdade social¹. No entanto, o País continua entre os mais desiguais do mundo¹, e esse aspecto pode ter sido agravado após as mudanças políticas e sociais enfrentadas a partir do ano de 2016. As desigualdades sociais impactam todos os setores da sociedade, inclusive no campo da saúde².

No intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde e de reduzir as desigualdades de saúde, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, começou-se a valorizar a Atenção Básica (AB) como eixo estruturante, principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Mais tardiamente, no início dos anos 2000, com o propósito da integralidade da atenção, houve a inclusão da saúde bucal na ESF; e, depois, a inclusão de outros níveis de atenção por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁴. A AB, em especial, a ESF, segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar³. A saúde bucal no cenário nacional tem demonstrando um aumento considerável no que diz respeito ao investimento, à cobertura populacional e à oferta de serviços^{4,5}. No entanto, deve-se considerar que a cobertura populacional é apenas uma entre várias dimensões para o acesso dos serviços³.

Na perspectiva de que o aumento de quantidade não reflete necessariamente a qualidade, esse ponto tornou-se crucial para efetivação do SUS. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia principal indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶. Entre os seus objetivos, estão: construção de um parâmetro de comparação entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) mediante

uma avaliação que é vinculada a repasse financeiro conforme o desempenho alcançado com os elementos avaliados pelo programa. Por meio dessa avaliação, o MS espera estimular um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões de gestão e do processo de trabalho e com o auxílio do uso de resultados de indicadores do acesso e de qualidade⁷.

Diante de todo o histórico dessas políticas na efetivação do SUS, é visível a melhora na estrutura e na qualidade dos serviços^{4,5}, apesar da redução das desigualdades sociais na saúde bucal⁸. No entanto, ainda há um percurso grande para um sistema de saúde menos desigual, principalmente entre as regiões geográficas brasileiras^{2,9-12}. Nesse contexto, o acesso ainda se constitui um dos principais problemas relacionados com a atenção à saúde, inclusive saúde bucal, no Brasil^{13,14} e no mundo¹¹.

Existem vários parâmetros para analisar o acesso aos serviços de saúde, os quais, por refletirem aspectos socioeconômicos e culturais, devem nortear a construção das políticas públicas¹⁵. Giovanella e Fleury¹⁶ classificam as dimensões do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A acessibilidade refere-se às características dos serviços de saúde que permitam a facilidade de uso pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades de superarem as barreiras existentes¹⁷.

Por esses motivos, o objetivo deste estudo foi analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de UBS com Equipe de Saúde Bucal (ESB) e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Esta pesquisa é de natureza quantitativa, transversal e analítica com dados secundários

referentes à etapa de Avaliação Externa (AE) do 2º Ciclo do PMAQ-AB, realizada em 2013-2014.

Universo amostral e coleta dos dados

O universo da pesquisa foi representado pelas EAB e pelas ESB que aderiram ao programa e passaram pela AE, que foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior de cada estado, as quais coordenaram equipes de entrevistadores calibrados. A coleta com os profissionais foi registrada com o uso de *tablets*, por meio de formulários validados, para verificar as estruturas em bloco, e, quando necessário, análise de documentos comprobatórios. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e os dados estão disponibilizados no *site* do MS. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes assegurado o direito de recusa.

Os dados sobre as condições de acesso e de qualidade foram coletados a partir de um instrumento contendo padrões de perguntas de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que orientam a AB no Brasil³.

Para o recorte do estudo, foram extraídos os dados referentes ao Módulo I (avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS, ao Módulo V (avaliação das condições da estrutura, materiais e insumos da saúde bucal nas UBS, quando existente) e ao Módulo VI (informações sobre o processo de trabalho das ESB e organização do cuidado com o usuário).

Variáveis

Para verificar a dimensão da acessibilidade, entendida como os aspectos da oferta relacionados com a capacidade de produzir serviços

de qualidade e responder às necessidades de saúde da população¹⁷, este estudo foi estruturado em três componentes de análise (*quadro 1*):

I) Estrutura da UBS: estrutura física e de sinalização, que favorecem o acolhimento e o acesso à UBS (Módulo I);

II) Estrutura dos serviços odontológicos na UBS: oferta de equipamentos, instrumentos e insumos disponíveis, além da estrutura adequada dos consultórios odontológicos, considerando as UBS com ESB (Módulo V);

III) Serviços odontológicos disponíveis: os procedimentos básicos realizados pelas ESB, a possibilidade de encaminhamento dos pacientes para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as especialidades disponíveis para referência, nos CEO ou outro serviço (Módulo VI).

As variáveis relativas ao componente I foram apresentadas conforme cada um dos itens separadamente.

As variáveis relacionadas com o componente II foram agrupadas conforme sua natureza – se equipamentos, instrumentos ou insumos odontológicos – e foram analisadas pela proporção dos itens listados, considerando a disponibilidade e o bom estado de funcionamento e conservação. Caso eles não estivessem em tais condições, eram então classificados como inexistentes. Depois de quantificá-los, as UBS foram classificadas de acordo com a porcentagem de itens listados que possuíam em cada categoria. Para analisar a condição estrutural dos consultórios odontológicos, foram consideradas 11 questões relativas a 7 itens: ventilação; iluminação; acústica; privacidade ao usuário; condição elétrica e hidráulica; presença de mofo; paredes lisas e laváveis. A partir do número de respostas favoráveis, a UBS era classificada como ótima, boa ou ruim nesse quesito (*quadro 1*).

Quadro 1. Variáveis selecionadas e categorização para o estudo, a partir dos Módulos I, V e VI da avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2013-2014

	Variável	Categorização
Estrutura da UBS	Estrutura física	Sim/Não
	UBS funciona em estrutura provisória	
	Oferece consultas odontológicas	
	Possui sala de recepção	
	Possui sala multiprofissional	
	Possui sala de vacina	
	Possui sanitário para usuários	
	Possui sanitário adaptado para pessoas com deficiência	
	Corredores adaptados para cadeira de rodas	
	Portas adaptadas para cadeira de rodas	
	Cadeira de rodas disponível	
	Veículo disponível para atividade externa	
	Sinalização	Sim/Não
	Possui placa de sinalização	
	Existe sinalização dos ambientes	
	Divulga o horário de funcionamento	
	Divulga a listagem de serviços ofertados	
	Divulga a escala de profissionais	
	Profissionais usam crachá de identificação	
Estrutura dos serviços odontológicos na UBS	Equipamentos odontológicos disponíveis *	Até 50%
	Instrumentos odontológicos disponíveis **	51% a 75%
	Insumos odontológicos disponíveis ***	76% a 100%
	Condições estruturais dos consultórios odontológicos****	Ótima (76% a 100% adequadas)
		Boa (51% a 75% adequadas)
Serviços odontológicos disponíveis		Ruim (0% a 50% adequadas)
	Procedimentos odontológicos ofertados na UBS##	Até 50%
		51% a 75%
		76% a 100%
	Equipe recebe apoio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Sim/Não
	Especialidades disponíveis para referência#	Sim/Não
	Cirurgia	
	Endodontia	
	Pacientes com deficiência	
	Periodontia	
	Estomatologia	
	Radiologia	
	Ortodontia	
	Implantodontia	
	Odontopediatria	

*Total de 22 equipamentos listados, disponíveis e em condições de uso; **Total de 36 instrumentos listados, disponíveis e em condições de uso; ***Total de 25 insumos listados, disponíveis em quantidade suficiente; ****Total de 11 questões relativas a ventilação, iluminação, acústica, privacidade ao usuário, condição elétrica e hidráulica, presença de mofo, paredes lisas e laváveis.

De um total de 17 procedimentos listados; ## Encaminhados para CEO ou outros serviços de referência.

As variáveis concernentes ao componente III foram apresentadas como um item isolado para a presença de referência especializada do CEO; e, individualmente, cada uma das especialidades disponíveis no CEO ou outras

redes de apoio especializadas para referência de pacientes atendidos nas UBS pelas ESB. Em relação aos procedimentos básicos ofertados, consideraram-se os 17 procedimentos: drenagem de abscesso; sutura de ferimentos

por trauma; remoção de dentes impactados; frenectomia; remoção de cistos; acesso à polpa dentária; aplicação tópica de flúor; exodontia de dente permanente; exodontia de dente decíduo; restauração de amálgama; restauração de resina composta; restauração em dente decíduo; pulpotomia; raspagem/alisamento/polimento supragengival; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia e cimentação de próteses. Houve exclusão do item 'outros'. As UBS foram agrupadas conforme a porcentagem de procedimentos realizados.

A variável independente do estudo foram as regiões geográficas brasileiras: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

Análise dos dados

Foi utilizado o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0. Os dados coletados foram analisados com estatísticas descritivas, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). A análise bivariada entre as variáveis dependentes (estrutura da UBS, estrutura dos serviços odontológicos na UBS e os serviços odontológicos ofertados) e a variável independente (regiões geográficas brasileiras) foi realizada com o teste qui-quadrado com uso do Teste Z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). Entre as variáveis em que as opções de respostas eram 'Sim' ou 'Não', apesar das tabelas apresentarem apenas

a categoria 'Sim', a categoria 'Não' também foi considerada na análise.

Resultado

A amostra do estudo foi constituída por 24.056 UBS participantes do PMAQ-AB, nas quais atuavam 29.778 EAB. Destas UBS, 16.203 (67,3%) possuíam serviços odontológicos e abrigavam 18.119 ESB. Houve maior participação de EAB nas regiões Sudeste ($n=10.100$ equipes) e Nordeste ($n=10.768$ equipes); e menor na região Norte ($n=2.160$). Do total de EAB, 60,8% contavam com ESB, e maiores proporções de EAB com ESB no Centro-Oeste (73,4%) e menor na região Sudeste (50,7%).

A *tabela 1* apresenta dados sobre a estrutura das UBS. Foi observado que os itens referentes à acessibilidade de pacientes com deficiência, como a presença de sanitários, portas e corredores adaptados para cadeira de rodas, estão entre os elementos de estrutura física menos frequentes em todas as regiões brasileiras, principalmente na região Norte. Quanto à estrutura de sinalização das UBS, é possível observar que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam menores proporções de recursos nessa área. Pode-se analisar que o item que apresentou menor proporção foi a utilização de crachás pelos profissionais.

Tabela 1. Proporção dos itens que se referem a estrutura física e sinalização das Unidades Básicas de Saúde avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ- AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Estrutura física							
UBS funciona em estrutura provisória	4.814 (20,0)	441 (12,2) ^a	1.389 (19,4) ^b	460 (24,4) ^c	2.162 (22,3) ^c	362 (21,4) ^{b,c}	<0.001
Oferece consultas odontológicas	18.819 (78,2)	3.025 (83,9) ^a	5.210 (72,7) ^b	1.521 (80,5) ^c	7.838 (80,8) ^c	1.225 (72,5) ^b	<0,001
Possui sala de recepção	23.249 (96,6)	3.535 (98,0) ^a	6.930 (96,7) ^{b,c}	1.805 (95,6) ^c	9.416 (97,0) ^b	1.563 (92,5) ^d	<0,001
Possui sala multiprofissional	11.520 (47,9)	2.502 (69,4) ^a	4.413 (61,6) ^b	921 (48,8) ^c	3.139 (32,3) ^d	545 (32,2) ^d	<0,001
Possui sala de vacina	19.738 (82,1)	2.981 (82,6) ^a	5.428 (75,8) ^b	1.558 (82,5) ^{a,c}	8.430 (86,9) ^d	1.341 (79,3) ^c	<0,001
Possui sanitário para usuários	23.232 (96,6)	3.554 (98,5) ^a	7.020 (98,0) ^{a,b}	1.837 (97,2) ^b	9.255 (95,4) ^c	1.566 (92,7) ^d	<0,001

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Possui sanitário adaptado para pessoas com deficiência	8.185 (34,0)	1.763 (48,9) ^a	2.853 (39,8) ^b	781 (41,3) ^b	2.319 (23,9) ^c	469 (27,8) ^d	<0,001
Corredores adaptados para cadeira de rodas	13.529 (56,2)	2.565 (71,1) ^a	4.245 (59,2) ^b	1.019 (53,9) ^c	4.931 (50,8) ^c	769 (45,5) ^d	<0,001
Portas adaptadas para cadeira de rodas	11.839 (49,2)	2.173 (60,2) ^a	3.892 (54,3) ^b	933 (49,4) ^c	4.184 (43,1) ^d	657 (38,9) ^e	<0,001
Cadeira de rodas disponível	13.394 (55,7)	2.891 (80,1) ^a	4.704 (65,7) ^b	997 (52,8) ^c	4.160 (42,9) ^d	642 (38,0) ^e	<0,001
Sinalização							
Possui placa de sinalização	13.975 (58,1)	1.846 (51,2) ^a	4.324 (60,3) ^b	990 (52,4) ^a	6.172 (63,6) ^c	643 (38,0) ^d	<0,001
Existe sinalização dos ambientes	21.237 (88,3)	3.219 (89,2) ^a	6.364 (88,8) ^a	1.544 (81,7) ^b	8.737 (90,0) ^a	1.373 (81,2) ^b	<0,001
Divulga o horário de funcionamento	17.013 (70,7)	2.794 (77,5) ^a	5.277 (73,6) ^b	1.232 (65,2) ^c	6.691 (69,0) ^d	1.019 (70,7) ^e	<0,001
Divulga a listagem de serviços ofertados	17.918 (74,5)	2.654 (73,6) ^a	5.524 (77,1) ^b	1.196 (63,3) ^c	7.478 (77,1) ^b	1.066 (63,1) ^c	<0,001
Divulga a escala de profissionais	14.603 (60,7)	2.261 (62,7) ^a	4.828 (67,4) ^b	868 (46,0) ^c	5.947 (61,3) ^a	699 (41,4) ^c	<0,001
Profissionais usam crachá de identificação	10.129 (42,1)	2.017 (55,9) ^a	3.833 (53,5) ^a	497 (26,3) ^b	3.515 (36,2) ^c	267 (15,8) ^d	<0,001

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras ($p < 0,05$).

A *tabela 2* apresenta dados sobre a estrutura dos serviços odontológicos nas UBS. De modo geral, nota-se que as UBS possuem a maioria dos instrumentos e insumos odontológicos listados, com menor proporção de itens nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Quanto aos equipamentos, a maioria das UBS possui de 51% a 75% do total dos itens listados. Os equipamentos encontrados com maior frequência nos consultórios odontológicos das UBS foram: cadeira odontológica (99,0%), refletor (98,7%), mocho (98,4%), sugador (98,1%), cuspideira (98,1%) e caneta de alta rotação (97,9%), o que mostra que a maioria dos consultórios possui os itens básicos para seu funcionamento. Já os menos frequentes foram: negatoscópio (19,4%), avental de chumbo (20,1%), caixa de revelação (23,4%)

e aparelho de raio-x (25,6%), o que comprova que a radiografia odontológica (exame diagnóstico fundamental para vários procedimentos) é pouco realizada na AB. Também foram pouco presentes os equipamentos auxiliares da profilaxia odontológica, como ultrassom (30,4%) e jato de bicarbonato (31,1%).

No que diz respeito à estrutura dos consultórios odontológicos, a maioria das UBS apresentou resultado classificado como 'ótimo', sendo o único aspecto avaliado que não apresentou diferença entre as regiões brasileira. As condições estruturais com menor frequência foram: paredes e pisos não laváveis (32,2%), condições inadequadas dos consultórios (29,1%), ventilação inadequada dos consultórios (17,3%) e tubulação para fora da parede (15,5%) (*tabela 2*).

Tabela 2. Proporção de equipamentos, instrumentos, insumos básicos, estrutura e procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Equipamentos odontológicos*							<0,001
Até 50%	952 (5,9)	234 (5,5) ^a	141 (6,2) ^a	69 (5,0) ^a	448 (6,2) ^a	60 (5,5) ^a	
51% a 75%	11.475 (70,8)	2.880 (67,7) ^a	1.581 (69,9) ^{a,b}	1.005 (72,4) ^b	5.158 (71,6) ^b	851 (77,6) ^c	
76% a 100%	3.775 (23,3)	1.142 (26,8) ^a	539 (23,8) ^{a,b}	315 (22,7) ^b	1.593 (22,1) ^b	186 (17,0) ^c	
Instrumentos odontológicos**							<0,001
Até 50%	361 (2,2)	28 (0,7) ^a	18 (0,8) ^a	16 (1,2) ^a	228 (3,2) ^b	71 (6,5) ^c	
51% a 75%	6.966 (43,0)	1.211 (28,5) ^a	491 (21,7) ^b	501 (36,1) ^c	4.126 (57,3) ^d	637 (58,1) ^d	
76% a 100%	8.875 (54,8)	3.017 (70,9) ^a	1.752 (77,5) ^b	872 (62,8) ^c	2.845 (39,5) ^d	389 (35,5) ^d	
Insumos odontológicos***							0,037
Até 50%	231 (1,4)	49 (1,2) ^a	34 (1,5) ^a	18 (1,3) ^a	106 (1,5) ^a	24 (2,2) ^a	
51% a 75%	1.634 (10,1)	388 (9,1) ^a	217 (9,6) ^a	151 (10,9) ^a	755 (10,5) ^a	123 (11,2) ^a	
76% a 100%	14.337 (88,5)	3.819 (89,7) ^a	2.010 (88,9) ^{a,b}	1.220 (87,8) ^{a,b}	6.338 (88,0) ^{a,b}	950 (86,6) ^b	
Estrutura dos consultórios odontológicos****							0,1441
Ótima	14.058 (86,8)	3.679 (86,4) ^a	1.952 (86,3) ^a	1.207 (86,9) ^a	6.292 (87,4) ^a	928 (84,6) ^a	
Boa	1.997 (12,3)	528 (12,4) ^a	293 (13,0) ^a	169 (12,2) ^a	848 (11,8) ^a	159 (14,5) ^a	
Ruim	147 (0,9)	49 (1,2) ^a	16 (0,7) ^a	13 (0,9) ^a	59 (0,8) ^a	10 (0,9) ^a	

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras ($p < 0,05$).

* Total de 22 equipamentos listados, disponíveis e em condições de uso.

** Total de 36 instrumentos listados, disponíveis e em condições de uso.

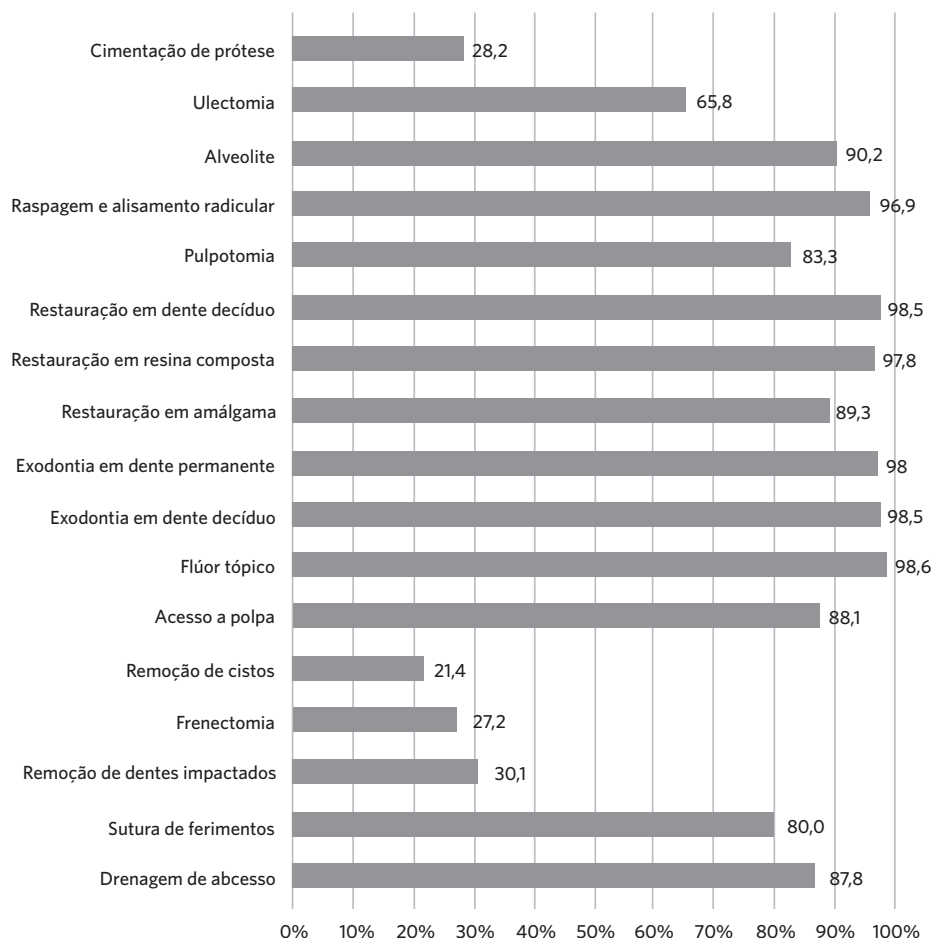
*** Total de 25 insumos listados, disponíveis em quantidade suficiente.

**** Total de 11 questões relativas a ventilação, iluminação, acústica, privacidade ao usuário, condição elétrica e hidráulica, presença de mofo, paredes lisas e laváveis.

No *gráfico 1*, observa-se que os procedimentos mais realizados pelas ESB na UBS foram a aplicação de flúor tópico (98,6%), a exodontia em dentes decíduos (98,5%) e a restauração em dentes decíduos (98,5%); enquanto os procedimentos que poderiam evitar exodontias, como

acesso à polpa e pulpotomias, foram menos ofertados (88,1% e 83,3%, respectivamente) (*tabela 3*). Também foram pouco ofertados procedimentos cirúrgicos mais complexos, como a frenectomia (27,2%), a remoção de cistos (21,4%) e a cimentação de próteses (28,3%).

Gráfico 1. Proporção dos procedimentos odontológicos básicos ofertados para os usuários das Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2013-2014



A *tabela 3* apresenta dados sobre os serviços odontológicos ofertados, sendo que a maior parte das ESB realizaram entre 76% e 100% dos procedimentos básicos odontológicos listados, e as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores proporções. Ainda existe uma grande parte das ESB que não apresenta referência dos pacientes para os CEO, sendo maior a proporção nas ESB localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Considerando-se as especialidades ofertadas no CEO ou outras redes de apoio de serviço especializado, verificou-se que a cirurgia oral menor (78,7%) e a endodontia (74,6%) são as

mais disponíveis. Especialidades mais complexas e de maior custo, como a implantodontia (4,4%) e a ortodontia (19,9%), são as menos ofertadas. Especialidades com alta demanda, como a estomatologia e a odontopediatria, estão entre as menos disponíveis (54,6% e 47,6%, respectivamente). Comparando-se as regiões, os resultados indicam que a menor disponibilidade de procedimentos especializados, em geral, encontra-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com destaque para as maiores proporções no Sudeste, onde se verificam as maiores ofertas (*tabela 3*).

Tabela 3. Proporção dos procedimentos odontológicos básicos ofertados e disponibilidade de referência especializada para os usuários das Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º Ciclo do PMAQ-AB para o Brasil e por comparação entre as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2013-2014

Variáveis	Brasil n (%)	Regiões geográficas brasileiras					p-valor
		Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Procedimentos odontológicos ofertados na UBS#							<0,001
Até 50%	592 (3,3)	30 (1,2) ^a	54 (1,1) ^a	65 (4,1) ^b	345 (4,5) ^b	98 (7,8) ^c	
51% a 75%	6.558 (36,2)	605 (23,7) ^a	1.285 (25,6) ^a	581 (37,0) ^b	3. 484 (45,2) ^c	603 (47,7) ^c	
76% a 100%	10.964 (60,5)	1.917 (75,1) ^a	3.688 (73,4) ^a	926 (58,9) ^b	3. 871 (50,3) ^c	562 (44,5) ^d	
Procedimentos mutiladores:							
Exodontia de dentes permanentes	17.746 (98,0)	2.525 (98,9) ^a	4.930 (98,1) ^b	1.505 (95,7) ^c	7.559 (98,2) ^{a,b}	1.227 (97,1) ^{b,c}	<0,001
Exodontia de dentes decíduos	17.842 (98,5)	2.529 (99,1) ^a	4.972 (98,9) ^a	1.539 (97,9) ^{b,c}	7.574 (98,4) ^{a,c}	1.228 (97,2) ^b	<0,001
Procedimentos invasivos que podem evitar exodontias:							
Resina composta em dente per- manente	17.718 (97,8)	2.523 (98,9) ^a	4.948 (98,4) ^a	1.545 (98,3) ^{a,b}	7.488 (97,2) ^{b,c}	1.214 (96,1) ^c	<0,001
Restauração de amálgama em dente permanente	16.180 (89,3)	2.240 (87,8) ^a	4 698 (93,5) ^b	1.280 (87,8) ^a	7.115 (92,4) ^b	747 (59,1) ^c	<0,001
Restauração em dente decíduo	17.851 (98,5)	2.540 (99,5) ^a	4.984 (99,1) ^{a,b}	1.550 (98,6) ^{b,c}	7.564 (98,2) ^c	1.213 (96,0) ^d	<0,001
Acesso à polpa	15.959 (88,1)	2.457 (96,3) ^a	4.797 (95,4) ^a	1.415 (90,0) ^b	6.326 (82,2) ^c	964 (76,3) ^d	<0,001
Pulpotomia	15.093 (83,3)	2.317 (90,8) ^a	4.705 (93,6) ^b	1.340 (85,2) ^c	5.858 (76,1) ^d	873 (69,1) ^e	<0,001
Equipe recebe apoio do CEO	11.178 (61,7)	1.664 (65,2) ^a	3.325 (66,1) ^a	819 (52,1) ^b	4.700 (61,0) ^c	670 (53,0) ^b	<0,001
Especialidades disponíveis para referência##							
Cirurgia	11.936 (78,7)	1.698 (77,5) ^a	3.734 (84,2) ^b	865 (73,7) ^a	4.971 (76,8) ^a	668 (74,8) ^a	<0,001
Endodontia	11.311 (74,6)	1.595 (72,8) ^a	3.586 (80,9) ^b	826 (70,4) ^a	4.658 (72,0) ^a	646 (72,3) ^a	<0,001
PNE	10.877 (71,7)	1.512 (69,0) ^a	3.525 (79,5) ^b	771 (65,7) ^a	4.480 (69,3) ^a	589 (66,0) ^a	<0,001
Periodontia	10.361 (68,3)	1.462 (66,7) ^a	3.259 (73,5) ^b	754 (64,2) ^a	4.317 (66,7) ^a	569 (63,7) ^a	<0,001
Estomatologia	8.283 (54,6)	1.314 (60,0) ^a	3.023 (68,2) ^b	529 (45,1) ^c	3.123 (48,3) ^c	294 (32,9) ^d	<0,001
Radiologia	9.113 (60,1)	1.222 (55,8) ^{a,b}	2.604 (58,7) ^b	603 (51,4) ^a	4.208 (65,0) ^c	476 (53,3) ^a	<0,001
Ortodontia	3.012 (19,9)	261 (11,9) ^a	1.121 (25,3) ^b	168 (14,3) ^a	1.347 (20,8) ^c	115 (12,9) ^a	<0,001
Implantodontia	663 (4,4)	152 (6,9) ^a	221 (5,0) ^b	61 (5,2) ^{a,b}	197 (3,0) ^c	32 (3,6) ^{b,c}	<0,001
Odontopediatria	7.221 (47,6)	1.027 (46,9) ^a	2.373 (53,5) ^b	604 (51,4) ^{a,b}	2.754 (42,6) ^c	563 (51,8) ^{a,b}	<0,001

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas. PNE: Pacientes com necessidades especiais.

Letras diferentes denotam diferença significativa entre as proporções na comparação entre as regiões geográficas brasileiras.

#De um total de 17 procedimentos listados.

##Encaminhados para CEO ou outros serviços de referência especializada.

Discussão

No que diz respeito à estrutura física das UBS, a maioria das que foram avaliadas no presente estudo não possuía a infraestrutura necessária para garantir o acesso universal aos serviços prestados à população, principalmente as

questões de acessibilidade para pessoas com deficiência. Aproximadamente 23,1% dos brasileiros possuem restrições com relação a sua independência e mobilidade, e esse fator impede que essas pessoas exerçam sua cidadania com plenitude, pois a maioria dos espaços e edificações públicos se encontra inadequada,

o que dificulta a movimentação desses indivíduos¹⁸. A limitação se configura barreiras arquitetônicas, formadas por toda e qualquer condição que impeça o direito dos cidadãos de ir e vir, tais como: presença de escadas, degraus altos, banheiros, portas e corredores não adaptados¹⁸. Esse aspecto demonstra uma falta de investimento dos órgãos públicos para atender às necessidades de uma grande parcela da população brasileira, e medidas precisam ser tomadas para melhorar a acessibilidade de pessoas com deficiência.

No que se refere à sinalização, verificou-se uma defasagem quanto à utilização dos crachás de identificação pelos funcionários das UBS, fato que pode prejudicar a aproximação entre pacientes e funcionários, dificultando, assim, a atenção durante o primeiro contato do usuário. O processo comunicativo é um ato caracterizado por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos envolvidos, envolvendo a dimensão verbal e não verbal¹⁹. Diante do exposto – e do valor do primeiro contato para a longitudinalidade do cuidado, é válido utilizar uma diversidade de recursos que aproximem o binômio profissional-usuário e que favoreçam, dessa forma, uma aproximação de ambas as partes, estabelecendo um maior vínculo de confiança.

Com a incorporação da ESB na ESF e com a implantação dos CEO na atual PNSB, espera-se que o acesso da população à atenção à saúde bucal passe a ser ampliado¹⁹. Sendo assim, os equipamentos para procedimentos odontológicos historicamente concentrados nas capitais, metrópoles e em polos regionais²⁰ começam a ter uma tendência de descentralização. Como verificado no estudo, houve uma adequação satisfatória na proporção dos equipamentos, insumos e instrumentos odontológicos encontrados nos consultórios odontológicos das UBS; dessa forma, elas estão aptas para atender às necessidades de saúde bucal da população adscrita. No entanto, deve-se perceber qual o modelo de atenção ou prática odontológica tem sido realizada.

Nesse sentido, os dados mostraram que os

procedimentos mutiladores foram os procedimentos mais ofertado pelas ESB, como, por exemplo, as exodontias de dentes permanentes e decíduos. Estudos com dados secundários em âmbito nacional têm mostrado que houve maior proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos realizados na AB nas regiões Norte e Nordeste^{10,12}, ou seja, compatível com as regiões com menores disponibilidades dos insumos. Além disso, ainda apontam outros aspectos relacionados, como municípios com menor cobertura de saúde bucal na AB, sem CEO, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) muito baixo e índice de Gini maior do que a média nacional^{10,12}. Esses dados reforçam um aspecto que poderia justificar a grande proporção de oferta de exodontia, por exemplo, a falta de acesso de exames diagnósticos complementares, como as radiografias odontológicas, uma vez que o aparelho não está disponível em grande parte das unidades de saúde avaliadas, somando-se ainda a ausência de disponibilidade de referência especializada em radiologia ou outros procedimentos que preservassem os dentes, como a endodontia. Esses fatores podem contribuir para as decisões clínicas mais radicais, pois procedimentos conservadores necessitarão de mais recursos para serem realizados.

A AB funciona como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde Bucal, acolhendo a população e determinando o vínculo e a responsabilidade perante as necessidades de saúde²¹. Esse aspecto pode dimensionar a grande expansão dos programas públicos de saúde, principalmente nos serviços de AB, inclusive em regiões mais pobres do País, como Norte e Nordeste^{4,21}. No entanto, deve haver uma estrutura organizacional em que haja a integralidade e na qual a ESB apresente referência especializada, como o CEO ou serviços similares, para atendimentos de casos mais complexos.

Considerando a recomendação de serem implantados CEO em locais onde a AB encontra-se bem estruturada, estudo mostrou

que a maioria dos CEO está em municípios com ESB implantados, e, por isso, estariam corretamente alocados²². Porém, os dados apontaram que ainda existe discrepâncias na proporção de equipes que recebiam o apoio de serviços odontológicos especializados, com maior apoio na região Sudeste e menos nas regiões Centro-Oeste e Norte; sendo assim, medidas precisam ser tomadas para melhorar o acesso, em nível secundário, nesses locais onde já se tem uma adequada atuação na AB. Isso demonstra uma baixa cobertura da atenção secundária, ou uma limitada expansão dos CEO, ou seja, não tem acompanhado a velocidade de implantação das ESB.

Apesar dos avanços obtidos desde a implantação da PNSB⁴, os resultados do presente estudo apontaram a presença de desigualdades na oferta de serviços odontológicos na AB e na disponibilidade de referência especializada, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e uma melhor oferta nas regiões com um melhor desenvolvimento socioeconômico, como as regiões Sul e Sudeste. Sendo assim, apesar da expansão da atenção à saúde bucal, a PNSB ainda enfrenta grandes dificuldades em reduzir as desigualdades presentes na saúde, além disso, muitas das ações não são acessíveis para a população em regiões e em locais com maiores necessidades socioeconômicas²³.

Os resultados do presente estudo, do 2º Ciclo do PMAQ-AB, apesar de ter avaliado mais ESB do que o 1º Ciclo²⁴, não mostrou grandes mudanças no que diz respeito às diferenças entre as macrorregiões. Esse aspecto deve ser muito bem pensado, uma vez que, na ausência de medidas e de ajustes nos programas indutores do MS que considerem as condições de desigualdades regionais, pode ocorrer a equidade inversa⁹, ou seja, valorizar locais que já possuem melhores condições e acentuar ainda mais as disparidades. Esse caminho está se reafirmando, já que se repete a lógica de quanto melhor o desenvolvimento da região, melhor é a prestação de serviços de saúde bucal²⁴.

Neste estudo, reafirmou-se que a cobertura populacional por si só parece não influenciar o indicador referente à mutilação oral da população, pois vivencia um modelo de atenção ainda curativo^{2,12,19,25}, ou ainda, a interface de uma alta demanda historicamente excluída dos serviços de saúde; reafirmando a lógica de um modelo de assistência odontológica no Brasil até então biomédico, com alto custo, baixo rendimento e conhecidamente ineficiente para atender uma reversão de assistência para atenção²⁶. Por conseguinte, há necessidade de mudanças no processo de trabalho, com valorização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças relativas à saúde bucal e, principalmente, a melhoria dos indicadores socioeconômicos, ou seja, implantação de políticas públicas que visem reduzir as iniquidades sociais¹⁰.

O presente estudo, por se tratar de dados secundários do PMAQ-AB, apresenta como limitação uma possível superestimação dos resultados, não traduzindo a realidade do panorama brasileiro, uma vez que contou com a participação de UBS e ESB que quisessem receber a AE. No entanto, os resultados apontam dados importantes, que merecem ser considerados, pois, mesmo podendo tratar das melhores UBS, mostrou dados sobre a infraestrutura e sobre os serviços odontológicos prestados; e, principalmente, a identificação de desigualdades regionais. Destarte, mesmo com ampliação dos investimentos na área da saúde bucal, reduzindo as desigualdades no acesso e aumentando o uso dos serviços odontológicos, ainda foi possível observar iniquidades²².

Conclusões

De maneira geral, as UBS apresentavam boa estrutura física, porém, baixa acessibilidade para pessoas com deficiência. Os consultórios odontológicos apresentavam estrutura física adequada e equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos suficientes. No entanto, mostravam alta proporção na oferta de serviço

mutiladores em comparação a procedimentos que evitariam as extrações dentárias, e baixa oferta de referência especializada. Além disso, houve evidenciadas desigualdades regionais, favoráveis às regiões Sul e Sudeste.

Apesar dos avanços na Saúde Pública brasileira após a implantação da PNSB, ainda existem barreiras no processo de trabalho das ESB – e ainda relacionadas à acessibilidade – para alcançar um modelo de saúde bucal que atenda às reais necessidades dos brasileiros. As políticas públicas devem reforçar sobre as necessidades locorregionais entre as regiões brasileiras, além de valorizar a acessibilidade, principalmente na inclusão de populações historicamente desassistidas na atenção odontológica, e orientar uma prática profissional que favoreça as

perspectivas da clínica ampliada e que seja capaz de responder às efetivas carências da população.

Colaboradores

Gonçalves AJG (0000-0001-7164-2498)* e Pereira PHS (0000-0002-5204-0368)* contribuíram para o desenho do estudo, preparo do banco de dados e redigiram o artigo científico. Monteiro V (0000-0003-0775-9362)* contribuiu para a análise e redação do artigo científico. Silva-Junior MF (0000-0001-8837-5912)* e Baldani MH (0000-0003-1310-6771)* contribuíram para a supervisão desde o delineamento do estudo, análise estatística dos resultados e revisão final do artigo. ■

Referências

1. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde debate*. 2018; 42(esp3):54-66.
2. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 29]; 27(1):e000100017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e000100017.pdf>.
3. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS One* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 29]; 13(8):e0201723. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30096201/>.
4. Pucca-Junior GA, Gabriel M, Araujo ME, et al. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
5. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Políti-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ca de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1791-803.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654 de julho de 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.* 19 Jul 2011. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl654_19_07_2011.html.
 7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):358-72.
 8. Silva-Junior MF, Sousa MRL, Batista MJ. Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. *Braz Oral Res.* 2019 [acesso em 2020 jun 26]; 33:e102. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242019000100290&tlng=en.
 9. Victora CG, Barreto ML, Carmo Leal M, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011; 377(9782):2042-53.
 10. Filgueira AA, Roncalli AG. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. *SANA-RE.* 2018; 17(2):30-9.
 11. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, et al. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2018 [acesso em 2020 mar 12]; 108(2):e1-e7. Disponível em: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2017.304180?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr-pub++0pubmed.
 12. Silva DRB, Lucena CDRX, Cruz DF, et al. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. *REFACS (online).* 2018 [acesso em 2020 mar 12]; 6(2):220-7. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/2819/2618>.
 13. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2903-12.
 14. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, et al. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res.* 2019 [acesso em 2020 mar 16]; 33:e018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242019000100253.
 15. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):2865-75.
 16. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
 17. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. *Croat Med J.* 2003; 44(5):655-7.
 18. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(1):39-44.
 19. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc.* 2014; 23(4):1356-69.
 20. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(9):879-888.
 21. Albuquerque MV, Viana ALDA, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1055-64.

22. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. *Tempus* (Brasília). 2015; 9(3):121-34.
23. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018; 42(esp2):76-91.
24. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 24(5):1809-20.
25. Soares FF, Figueredo CRV, Borges NCM, et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169-80.
26. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(2):373-82.

Recebido em 17/02/2020
Aprovado em 08/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Araucária