

# Avaliação da Acessibilidade às Ações Clínicas em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso

▸ Alyrio Metello Filho \*

▸ Sônia Cristina Lima Chaves \*\*

---

## Resumo

Este estudo avaliou a acessibilidade aos serviços de saúde bucal das equipes de Saúde da Família na zona urbana do município de Jauru (MT), a partir da dimensão da acessibilidade organizacional e geográfica. Foi realizado uma pesquisa avaliativa da acessibilidade através de um estudo de caso, utilizando entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde pertencentes às duas equipes de saúde bucal e usuários e não usuários destes serviços. A triangulação de dados foi conduzida pela observação direta e análise documental. A classificação da acessibilidade na Unidade de Saúde da Família I foi intermediária inferior (39%) e a Unidade de saúde da Família II apresentou uma acessibilidade incipiente (28,9%). Os aspectos estruturais foram determinantes para a definição da acessibilidade às ações odontológicas, dentre os quais se destacam: a não reposição imediata de insumos odontológicos e os equipamentos existentes em condições ruins de funcionamento. No componente do processo da acessibilidade organizacional, a ausência de acolhimento e de escuta qualificada, forma de acesso a consultas odontológicas somente por meio da equipe de saúde bucal, tempo prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento, modelo de atendimento clínico da USF centrado no Tratamento Concluído por indivíduos foram mais frequentes. A acessibilidade encontrada nas duas ESB indica a necessidade de reorganização dos processos de trabalho dessas equipes, junto a uma política específica, que formule protocolos locais em consonância com as necessidades dos usuários.

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

---

<sup>1</sup> Este artigo é parte da Dissertação de Mestrado intitulada "Avaliação da acessibilidade às ações clínicas em saúde bucal na estratégia saúde da família" defendida em 2013 por Alyrio Metello Filho no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, área de concentração em avaliação em saúde, sob orientação de Profa. Sônia Cristina Lima Chaves.

\* Mestre em Saúde Coletiva pelo ISC-UFBA. Cirurgião-Dentista. Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso; E-mail: akmmetello@gmail.com.

\*\* Doutora em Saúde Pública. Professora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia; E-mail: schaves@ufba.br.

## **Introdução**

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

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

Desde sua implantação, em 1994, como proposta de modelo para organização da atenção primária na saúde, a estratégia de Saúde da Família tem se consolidado como forma de garantir o acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde. As equipes de Saúde da Família têm incorporado ações e serviços em saúde bucal<sup>2</sup> gerando possibilidades de aumento no acesso e utilização das mesmas.

No que se refere aos serviços públicos odontológicos, a proposta normativa do Ministério da Saúde é que as ações e serviços em saúde bucal na atenção primária devem ser de caráter universal, integral, com definição clara das ações de caráter preventivo e promocional a partir das necessidades locais da população adscrita ao território de uma unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2008). Contudo, não excluem deste processo as ações de cunho curativo, desde que estas não reproduzam modelos hegemônicos, crítica principal do movimento da saúde bucal coletiva (RONCALLI; ARAÚJO, 2004). Como forma de definir políticas locais de saúde bucal que possibilitem o acesso, pode-se estabelecer processos avaliativos que evidenciem componentes de acessibilidade relacionados aos serviços de saúde bucal, que segundo Donabedian (1988) não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos

---

<sup>2</sup> Portaria MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.

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

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

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

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

atendimento em função de marcação posterior ao momento necessitado ou ausência de dentista na unidade (CASTRO; RONCALLI; ARAÚJO, 2011).

O número de ESBs/ESFs se ampliou consideravelmente, chegando a 22.213 ESBs implantadas em 2012 até 25.391 em dezembro de 2017. Porém, dados nacionais de cobertura da primeira consulta odontológica programática têm demonstrado que o aumento da cobertura potencial da saúde bucal não está diretamente relacionado ao aumento da primeira consulta programática já que no ano de 2010 e 2011, esse indicador se manteve em 13,7% a 15,3%. Em 2012 houve redução para 13,3% e em 2017, esteve em 9,6% (OAPS, 2017). Estas coberturas são relativamente baixas e inconsistentes com o aumento da cobertura das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Ou seja, o enfrentamento dessa questão ainda permanece atual na agenda da política nacional de saúde bucal.

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

O conceito de acessibilidade foi aquele oriundo do campo da avaliação, que foi compreendido quanto às características dos serviços organizacionais que permitem que os usuários possam utilizá-los, inclusive como sinônimo de acesso. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

## **Metodologia**

Foi realizada uma pesquisa avaliativa da acessibilidade através de um estudo de caso com abordagem quali-quantitativa, com entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise de fontes de dados secundários para o fornecimento de uma visão mais aprofundada da questão em estudo (FLICK, 2009), onde o fenômeno não pode ser dissociado do seu contexto (YIN, 2003). As variáveis de acessibilidade analisadas incluíram a acessibilidade organizacional nos componentes da estrutura, do processo e do resultado, conforme a Figura 1.

Cabe destacar que a matriz de avaliação da acessibilidade às ações clínicas foi submetida a um comitê de cinco experts para validação, que atribuía a cada critério uma

nota de 0 a 10, onde o 0 (zero) significou exclusão total e 10 (dez), inclusão máxima. Dos dezoito critérios sugeridos, quatorze foram validados dentro da dimensão organizacional, apontando alguns consensos quanto a múltiplas formas de acesso às consultas odontológicas com várias possibilidades (10,0, DP=0); Atendimento diário para urgência (10,0, DP=0); marcação permanente diária de consultas (9,4, DP=0,9); Equipamentos em funcionamento (9,4, DP=1,3) e instrumentos odontológicos disponíveis (9,2, DP=1,1) e Taxa de Utilização em valor igual ou acima de 80% da oferta disponível (9,2, DP=1,1). Na dimensão do processo, a substituição permanente de faltosos, bem como ampliação dos modos de execução dos procedimentos clínicos por hemiarco ou segundo necessidades dos usuários também foram validados. Tais aspectos se apresentaram como os mais relevantes para o aumento da acessibilidade aos procedimentos odontológicos individuais. A dimensão geográfica neste contexto de avaliação foi descartada pelos experts em função da territorialização já presente na estratégia saúde da família, em curso no Brasil. A partir das médias e respectivos desvios-padrões foram sugeridas ponderações ao interior da matriz (Quadro 1).

### **Caracterização do caso**

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

No período de 2007 a 2012, observou-se uma baixa cobertura da primeira consulta odontológica programática nas duas unidades de Saúde da Família do município, sendo a média para este período de 16,3% e 15% para a USF-I e USF-II, respectivamente. Nota-se

assim que, anualmente, a maioria da população em todas as áreas cobertas pela estratégia de Saúde da Família pode não ter utilizado os serviços públicos de saúde bucal (SESMT, 2012).

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

Cabe ressaltar a taxa de utilização<sup>3</sup> das ações de caráter individual na definição da avaliação da acessibilidade. Como indicador de acesso é provável que essa taxa revele a existência de barreiras organizacionais que dificultam ou impedem o acesso e a utilização de tais ações pela população adstrita nesse território. (CHAVES et al., 2011).

A equipe de saúde bucal USF I teve no triênio 2007 - 2009 excelentes taxas de utilização, refletido em produções acima dos padrões preconizados<sup>4</sup>. Porém tais taxas no biênio 2010 – 2011 tenderam a se estabilizar em patamares aceitáveis (92% e 85%) e, até julho/2012 correspondia a 97%. Ou seja, a partir dos sistemas de informação disponíveis de produção ambulatorial, a oferta potencial em horas de trabalho do profissional tem sido utilizada pela população como procedimentos registrados.

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

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

### **Construção do modelo lógico-teórico**

Um modelo lógico-teórico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família foi construído a partir de modelo validado por

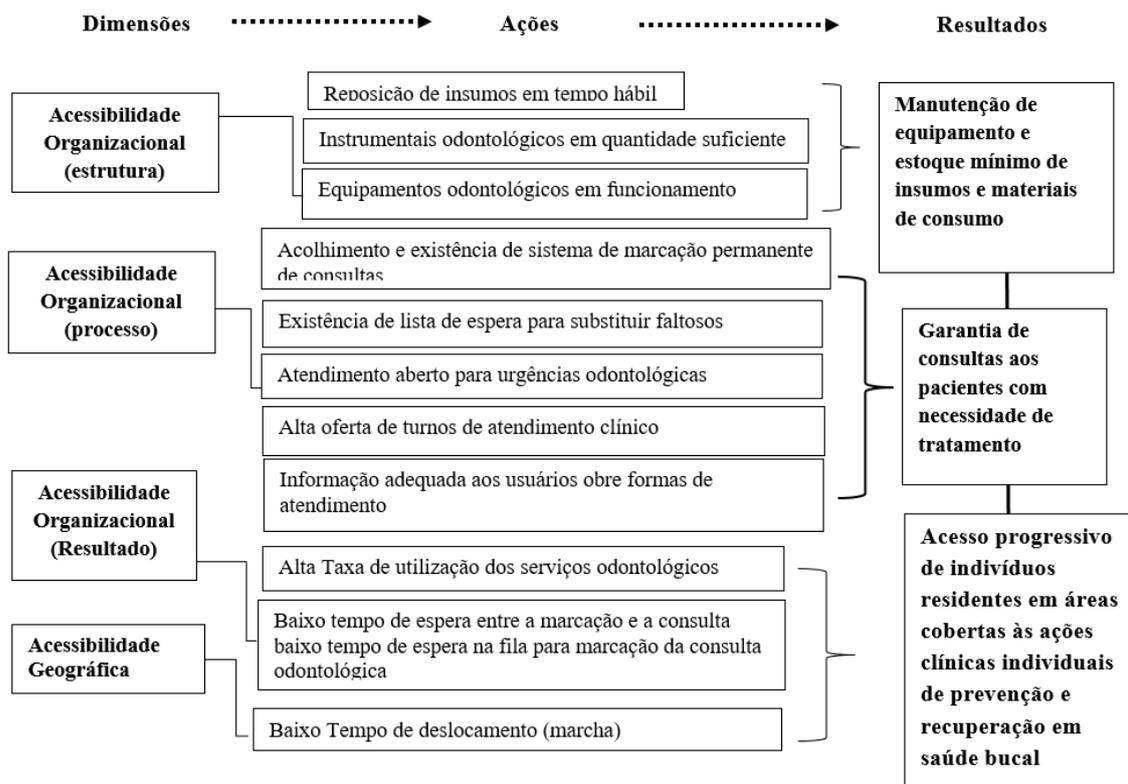
---

<sup>3</sup> Entende-se por taxa de utilização a relação de potencial produtivo de recursos humanos (oferta potencial) e o número de procedimentos individuais que foram utilizados pela população adstrita. Neste estudo para efeito avaliativo considera-se o valor igual ou maior a 80% dos procedimentos utilizados pela população como imagem-objetivo para a acessibilidade avançada aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2005).

<sup>4</sup> Portaria MS nº 1.001, 2002.

consultas a *experts*. Esse modelo corresponde a uma “imagem-objetivo”<sup>5</sup>, que funciona como referência para apreciação da acessibilidade a tais serviços (Figura 1). O modelo lógico proposto foi fruto das evidências na literatura com respeito a que dimensões podem produzir obstáculo ou acesso à assistência odontológica (CHAVES et al., 2011; CASTRO; RONCALLI; ARAÚJO, 2011; ROCHA; BERCHT, 2000; ROCHA; GOES, 2008).

Figura 1 - Modelo teórico-lógico da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, 2013



Fonte: METELLO FILHO; CHAVES (2013).

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

<sup>5</sup> O conceito de imagem-objetivo se aproxima do conceito de situação-objetivo, pois as proposições a serem realizadas pelo estudo para a definição de valores têm como base a identificação e a explicação dos problemas da situação inicial (MATUS, 1996).

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

Os critérios tempo de espera entre marcação e atendimento e tempo em fila de espera para marcação de consulta, anteriormente observados, como critérios processuais na matriz obtida pelo consenso de *experts* (METELLO FILHO; CHAVES, 2013), foram transpostos para subdimensão resultado em função da análise de que os mesmos são resultados obtidos no transcorrer dos critérios processuais.

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

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

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

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

Para cada critério selecionado, foi feita a descrição da imagem-objetivo do padrão esperado que corresponderia à situação considerada como “avançada”, bem como as situações consideradas como “intermediária” e “incipiente”, com as respectivas pontuações (Quadro 1). Essa matriz foi adaptada a partir de uma validada por consulta a grupo de *experts* realizada por Metello Filho e Chaves (2013).

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

DIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	CLASSIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE		
			INCIPIENTE	INTERMEDIÁRIA	AVANÇADA
ORGANIZACIONAL (ESTRUTURA) 27 pontos	Reposição de insumos odontológicos	9	Materiais entregues após duas semanas do pedido (0)	Materiais entregues entre uma a duas semanas (4,5)	Materiais entregues em menos de uma semana (9)
	Instrumentais odontológicos existentes	9	Presença de menos de 05 kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (0)	Presença entre 05 a 07 kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (4,5)	Presença de 08 ou mais kits com instrumentais necessários para restauração e procedimento preventivo (9)
	Equipamentos odontológicos existentes	9	Equipamentos centrais (compressor, cadeira, refletor, mocho e unidade auxiliar) em mau funcionamento ou totalmente parados (0)	Equipamentos centrais em perfeito uso e ausência física ou de funcionamento de pelo menos um dos equipamentos periféricos (equipo odontológico, amalgamador, fotopolimerizador e ultrassom com profilaxia para tratamento periodontal (4,5)	Presença de todos equipamentos odontológicos constantes da Portaria MS nº. 750, de 10/10/2006 em funcionamento (9)
ORGANIZACIONAL (PROCESSO) 66 pontos	Acolhimento ao paciente	9	Na USF, não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes, e existem problemas com a recepção e o atendimento (0)	Na USF, a escuta é realizada por profissional de nível médio listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de nível superior (4,5)	Na USF, a escuta é realizada por parte da equipe de saúde da família, caracterizando o indivíduo em função do risco (9)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	CLASSIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE		
			INCIPIENTE	INTERMEDIÁRIA	AVANÇADA
ORGANIZACIONAL (PROCESSO) 66 pontos	Formas de acesso às consultas odontológicas	9	Marcação de consultas de demanda espontânea (0)	Marcação de consultas de demanda espontânea e alguma outra forma (4,5)	Marcação de consultas de demanda espontânea, ACS, visitas domiciliares, ações coletivas e outras estratégias como enfoque no dano ou risco (9)
	Frequência da marcação de consulta	9	Marcação em períodos superiores a uma marcação mensal (0)	Marcação mensal em qualquer turno para a consulta odontológica (4,5)	Marcação diária em qualquer turno para consulta odontológica (9)
	Lista de espera permanente de substituição de faltosos	3	Ausência de lista de espera (0)	Presença de lista de espera sem substituição imediata em caso de pacientes faltosos (1,5)	Presença de lista de espera com substituição imediata do paciente faltoso de forma sistemática (3)
	Atendimento para urgência	9	Ausência de atendimento de urgência (0)	Presença de períodos prioritizados para atendimento (4,5)	Atendimento diário de urgências (9)
	Oferta de ações clínicas individuais em turnos de trabalho semanais (referência= 07 turnos semanais)	6	< 04 turnos semanais (0)	Entre 4 e 6 turnos semanais (3)	07 turnos semanais conforme Portaria nº 65/2012/GBSEMT e Caderno de Atenção Básica nº. 17 - Saúde Bucal do Ministério da Saúde (6)
	Atendimentos a grupos programáticos em turnos pontuais	3	Maior que dois turnos (0)	Dois turnos na semana (1,5)	Um turno na semana (3)
	Modelo de atendimento clínico da USF	3	Atendimento centrado somente na oferta organizada (0)	Atendimento de demanda espontânea e oferta organizada (1,5)	Atendimento de demanda espontânea, através de triagem de riscos na área adstrita e oferta organizada (3).
	Modelo de atendimento da demanda espontânea	9	Há atendimento somente de casos de urgência (0)	Execução do tratamento por hemiarco ou por procedimento (4,5)	Execução do tratamento por procedimento, por hemiarco ou diversas formas de atendimentos segundo necessidades do usuário (9)
	Informação aos usuários	6	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção somente quando do paciente em tratamento (0)	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção realizado por ACSs (3)	Divulgação do processo de trabalho da ESB/ESF e modelo de atenção por meio dos ACSs, reuniões, rodas de conversas e em outros momentos da ESB/ESF com a comunidade reunida (6)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	CLASSIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE		
			INCIPIENTE	INTERMEDIÁRIA	AVANÇADA
ORGANIZACIONAL (RESULTADO) 18 pontos	Taxa de utilização	9	< 60% do potencial produtivo de recursos humanos (0)	≥ 60% a <80% do potencial produtivo de recursos humanos (4,5)	≥ 80% do potencial produtivo de recursos humanos (9)
	Tempo em fila de espera para marcação de consulta	3	Presença em fila de espera por período acima de 30 minutos (0)	Presença em fila de espera entre 30 a 15 minutos (1,5)	Presença em fila de espera abaixo de 15 minutos (3)
	Tempo de espera entre marcação e atendimento	6	Mais de 20 dias (0)	Entre 10 e 20 dias (3)	Menos de 10 dias (6)
GEOGRÁFICA 03 pontos	Tempo de marcha	3	Tempo de marcha > que 30 minutos (0)	Tempo de marcha entre 15 e 30 minutos (1,5)	Tempo de marcha < que a 30 minutos (3)
Total das dimensões = 114 pontos					

Fonte: METELLO FILHO; CHAVES (2013).

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

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

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

Foram entrevistados 34 usuários que se encontravam na sala de espera das unidades visitadas no momento da visita e no momento da observação da unidade. Os usuários

participantes foram todos aqueles que procuraram e obtiveram atendimento, procuraram e não obtiveram atendimento e os que nem procuraram os serviços odontológicos das equipes. Em relação aos que procuraram e obtiveram atendimento, as entrevistas foram realizadas antes da consulta pela equipe de saúde bucal. Tais entrevistas foram realizadas no período de 10 a 29 de setembro de 2012.

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

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

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

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

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

## **Resultados**

Na avaliação da acessibilidade às ações odontológicas individuais nas ESBs, a USF II obteve 27% da pontuação máxima proposta para a dimensão organizacional, portanto, classificada como incipiente, enquanto a USF I obteve 41,5%, classificada como

intermediária inferior. Há, portanto, barreiras relacionadas à dimensão organizacional, fato não observado em relação à dimensão geográfica. Em relação à acessibilidade geográfica, ambas as equipes apresentaram 100% da pontuação máxima proposta. Na análise global, as equipes apresentaram para a acessibilidade aos procedimentos odontológicos individuais, 39,7% da pontuação proposta para a USF I (Intermediária Inferior) e 29,3% para a USF II (Incipiente) (Tabela 1). Destaca-se que os componentes relacionados à informação correta ao paciente e modelo de atendimento são aqueles não implantados em ambas as unidades. Uma das equipes inclusive não realiza atendimento de urgência e foi aquela com acessibilidade incipiente. No componente do resultado, ainda que com acessibilidade intermediária inferior e incipiente, os tempos para marcação da consulta e entre a marcação e o atendimento estão relativamente adequadas. Isso pode revelar problemas ou no registro dos procedimentos, com sobre registro ou que, de fato, os modelos de atendimento clínico não necessariamente influenciam a acessibilidade. Cabe investigar que, em função dos problemas na dimensão estrutura, pode haver marcação de consulta, mas não necessariamente resolutividade no atendimento (Tabela 1). Outra hipótese é que o acesso é limitado a um grupo de usuários com muitas consultas subsequentes, o que inviabiliza a ampliação para outros grupos populacionais no modelo tratamento completado, sem substituição permanente de faltosos.

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

Tabela 1 - Classificação da acessibilidade às ações clínicas individuais em saúde bucal na estratégia de Saúde da Família nas dimensões organizacional e geográfica no município de Jauru, 2012.

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

Níveis de acessibilidade: \*Incipiente; \*\*Intermediária inferior; \*\*\*Intermediária superior; \*\*\*\*Avançada.  
 Fonte: Os autores (2017).

Tabela 2 - Perfil dos entrevistados (n=34) nas equipes de saúde bucal das unidades de Saúde da Família 1 e 2 do município de Jauru, 2013

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

Fonte: METELLO FILHO; CHAVES (2013).

Os aspectos organizacionais que geram obstáculos ao acesso às ações odontológicas individuais estão mais presentes na USF II do que na USF I, onde a acessibilidade nesta dimensão é representada por 27% e 37,4% dos pontos propostos, respectivamente. Dentre os aspectos mais relevantes a serem melhorados para as unidades destacam-se na subdimensão estrutura – a não reposição imediata de insumos odontológicos e equipamentos existentes em condições ruins de funcionamento e, na subdimensão processo – a ausência de acolhimento e de escuta qualificada, forma de acesso a consultas odontológicas somente por meio da equipe de saúde bucal, tempo prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento, modelo de atendimento clínico da USF centrado no Tratamento Concluído por indivíduos e modelo de atendimento clínico da demanda espontânea focada somente em urgências e emergências (tabela 1).

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

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

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

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

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

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

Embora não adotado como critério de avaliação, a questão do excesso de demanda para as referidas ações foi evidente no discurso dos profissionais das ESBs em função do acesso pelos indivíduos da zona rural às ESBs, não obedecendo deste modo a prerrogativa da adstrição da clientela urbana pela territorialização de ambas ESBs. Tal fato foi mais denotado na USF I, esta talvez por ser mais acessível à população da zona rural graças à sua localização menos distante do centro da cidade – onde se encontra o setor comercial – e, mais perto da saída do município – maior facilidade para o escoamento das estradas da zona rural.

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

A matriz proposta neste trabalho e adaptada de um consenso de experts (METELLO FILHO; CHAVES, 2013) apresentou uma validade externa quando aplicada na avaliação do contexto apresentado segundo as dimensões - organizacional e geográfica – propostas por Donabedian (1988).

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

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

Este aspecto traz a discussão para outro que se apresenta no questionamento de como a informação em saúde bucal realizada pelas ESBs/ESFs e agentes comunitários de saúde são suficientes para problematizar e buscar soluções frente aos aspectos da acessibilidade aos referidos serviços odontológicos nos modelos de atenção à saúde bucal apresentados. Pode-se determinar a partir desta que uma melhoria na condução da

informação em saúde bucal suscitaria a procura por serviços odontológicos preventivos e, a busca pelo sistema de serviços na capacidade de definição de processos de trabalho otimizados para melhoria da referida acessibilidade.

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

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

## **Discussão**

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

Estudos demonstraram que não existe uma associação direta entre cobertura de serviços bucais em Saúde da Família e acesso a estes, persistindo desigualdades importantes no acesso e utilização a cuidados odontológicos. (ROCHA; GÓES, 2008; BALDANI; ANTUNES, 2011). Confirma tal proposição, a análise dos processos de trabalho das ESBs selecionadas, tendo por referência a imagem-objetivo, onde as mesmas foram classificadas como intermediária inferior para a USFII e incipiente para a USF I. As ESBs/ESFs estudadas apresentaram aspectos organizacionais implantados muito

parecidos com os modelos hegemônicos anteriores ao movimento da Saúde Bucal Coletiva e suas proposições, denotando características tais como: a centralização na figura do cirurgião-dentista, desenvolvimento de ações baseadas nas concepções de mercado e a não contextualização de enfoque de risco e/ou dano como determinante de acesso aos serviços odontológicos. Individualmente apresentaram aspectos que aumentam a acessibilidade a tais serviços, porém não foram suficientes para superação dos obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços odontológicos.

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

Ambas ESBs/ESFs estudadas apresentaram uma marcação diária de consultas, o que determina inicialmente um quadro favorável de acessibilidade aos serviços bucais. Porém nestas equipes, por enfocarem somente o aspecto de atendimento aos usuários na relação de primeira consulta odontológica programática a tratamento concluído (PCOP-TC), algumas barreiras são geradas e limitação do acesso a outros indivíduos. Atendimentos sobre esta regra, sem substituição de faltosos para realização de um único procedimento útil e viável do ponto de vista da saúde bucal coletiva, fazem com que o tempo de marcação entre a consulta e o atendimento aumente. Além disto, num momento futuro, poderá haver um acúmulo de usuários em uma lista de espera sem nenhum tipo de atendimento. Tais fatos tornam a percepção de potenciais usuários em relação à possibilidade de acesso aos serviços bucais, diminuída.

A restrição de atendimentos de urgência encontrado em uma unidade e o modelo centrado na relação PCOP-TC (primeira consulta odontológica programática – tratamento concluído) podem ser componentes dificultadores da ampliação do acesso. Deste modo, indivíduos que buscam nas Unidades de Saúde da Família serviços odontológicos fora de condições urgentes, tem tido pouco acesso na medida em que necessita a *priori* da marcação da primeira consulta odontológica. Neste caso estudado, estes indivíduos devem ter um tempo médio de espera de 30 dias nas referidas equipes,

o que reflete numa junção de aspectos que dificultam o acesso a tais serviços. Por outro lado, faz-se evidente para os indivíduos que tiveram acesso aos serviços odontológicos por meio das urgências, dificilmente terão a continuidade no tratamento de outros agravos bucais que não denotem em sintomatologia dolorosa. Esta questão deve ser pensada pelo serviço para possibilitar continuidade de cuidado para esses grupos.

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

Primordialmente, os serviços bucais nas ESFs deveriam ter vários canais de acesso, porém a realidade estudada nas ESBs avaliadas permite aos usuários destes serviços somente a busca direta na unidade de saúde. As agentes comunitárias de saúde têm pouca participação nos processos de trabalho das ESBs/ESFs, limitando-se a simples informantes entre a equipe e a população assistida.

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

Em relação ao acolhimento, ambas ESBs mostraram-se incipientes. Nas mesmas notou-se que o acolhimento ainda é entendido com um processo normatizado de conduta clínica com referência no modelo biomédico. A escuta ao paciente se restringe aos aspectos relacionados à dor, sinais e sintomas clínicos e informações a respeito do tratamento odontológico. Na USF II, tal ato é minimizado pela presença da TSB que, na

marcação da primeira consulta, traz informações ao paciente de cunho preventivo, bem como realiza procedimentos de higienização bucal. Apesar dos usuários nesta equipe se sentirem satisfeitos com tal procedimento, o acolhimento com escuta qualificada na abordagem da qualidade vida e a relação com a saúde bucal dos indivíduos ainda se mostra desconhecido, ou no mínimo, não aplicável.

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

A Educação Popular em Saúde tem pouco espaço no contexto da saúde bucal. As equipes limitam-se a palestras educativas a grupos de escolares e menores em creches. Deste modo, pouca informação é repassada aos usuários sobre os serviços ofertados, a condução dos processos de trabalho existentes e a necessidade de mudança a partir da participação social no sistema de saúde. Sendo assim, não se estabelece uma relação de vínculo entre a equipe e a comunidade, onde uma não reconhece na outra uma parceira pra resolução de seus problemas e necessidades.

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

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

Quanto à estrutura dos serviços de saúde bucal, ambas ESBs estudadas tiveram o acesso comprometido aos usuários em função da não reposição imediata dos insumos

odontológicos e equipamentos odontológicos em condições ruins de funcionamento. Nota-se que no município não existe uma gestão de materiais definida que contemplem a relação de estoque máximo e mínimo, bem como ações de manutenção preventiva dos equipamentos utilizados.

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

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

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

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

A dimensão cultural quando analisada diretamente na fala dos usuários traz a concepção de uma cultura antiga, porém ainda existente em muitos rincões do país, de que dentes cariados e doloridos devem ser extraídos. Tal aspecto cultural trouxe consequências graves a uma população, que traz índices elevados de perdas dentais, principalmente entre os mais idosos. Porém tal aspecto pode ser melhor retratado,

quando estudos de caso envolvendo uma observação participante do pesquisador forem trabalhados. Neste estudo gerou-se uma hipótese, que devidamente trabalhada, pode dar informações a respeito de como a informação pode subsidiar uma melhoria no autocuidado em saúde bucal, gerando na população uma consciência sanitária em relação à procura pelos serviços odontológicos na intenção de preservação dos elementos dentais.

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

Desta forma, em futuros estudos, tal matriz pode ser adaptada com outras dimensões locais, aumentando desta forma a precisão do processo avaliativo e seu uso rotineiro nos serviços de saúde como ferramenta útil de gestão.

### **Conclusão e recomendações**

A estratégia de Saúde da Família, apesar dos constantes ataques, tem possibilitado uma maior oferta de serviços de saúde bucal a população, porém no que tange às dimensões de acessibilidade aqui estudadas, somente a geográfica foi satisfatória.

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

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

A baixa acessibilidade encontrada nas duas ESB indica a necessidade de reorganização dos processos de trabalho dessas equipes, junto a uma política específica, que formule protocolos locais em consonância com as necessidades dos usuários. Deste modo, nota-se que há necessidade de um planejamento local onde os diversos atores

sociais envolvidos devam participar para tomada de decisão compatível com a melhoria no acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde bucal.

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

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

## Referências

- ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Cienc Saúde Coletiva*. [S.l.], v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29456.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29456.pdf)>. Acesso em: 7 jun. 2012.
- AZEVEDO, A. L. M. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada*. 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. F. L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s2/14.pdf>>. Acesso em 4 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- CASTRO, R. D.; RONCALLI, A. G. C. O.; ARAÚJO, I. M. Estudo da acessibilidade organizacional aos serviços de saúde bucal de um município de pequeno porte do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, [S.l.], 2011 Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 6 jun. 2012.
- CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1646.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2011.
- CHAVES, S. C. L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 out. 2011.
- DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Editora Biblioteca de la Salud, 1988.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.
- FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 715-739.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*. Brasília, DF, 2011.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MELO, A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 5 out. 2011.

METELLO FILHO, A.; CHAVES, S. C. L. *Avaliação da acessibilidade às ações de clínicas em saúde bucal na estratégia saúde da família: uma proposta metodológica*. 2012. 34 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)—Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13090>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

OAPS. OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil. *Matriz de acompanhamento: eixo temático da análise de políticas de saúde bucal*. Brasília, DF: CNPq; Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas de desenvolvimento humano*. [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/index.php>>. Acesso em: 1 dez. 2011.

ROCHA, C. R.; BERCHT, S. B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: o centro de saúde Murialdo. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Porto Alegre, 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewPDFInterstital/7742/9829>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

ROCHA, R. A. C. P.; GÓES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/16.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2011.

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

SESMT. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. Planilhas de auditoria analítica para monitoramento e controle das equipes de saúde bucal. *Documento Interno*. Mato Grosso: Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda, 2012.

SMSJ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAURU. Sistema de Informação da Atenção Básica. *Documento Interno*. Jauru, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABPMT.def>>. Acesso em: 5 set. 2012.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L.; Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1814.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 141-166.

VIEIRA-DA-SILVA L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/12.pdf>>. Acesso em 5 out. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*. Recife. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

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

Recebido em: 07/12/2017

Aceito para publicação em: 21/02/2018

## Evaluation of Accessibility to Clinical Actions in Oral Health Strategy in Family Health: a case study

### Abstract

This study aimed to evaluate the accessibility of oral health teams of Family Health in the urban area of Jauru, Mato Grosso State, based on the concepts of organizational and geographical accessibility. A survey type evaluative assessment of accessibility was conducted through a case study using semi-structured interviews with health professionals belonging to both teams, oral health and non-users and users of these services. The triangulation of data was carried out by direct observation and document analysis. The classification of accessibility in Unity Family Health I was moderately lower (39%) and the Family Health Unit II presented an incipient accessibility (28,9%). The structural aspects were crucial to the definition of accessibility to dental actions, among which stand out: not immediate replacement of dental supplies and existing equipment in bad working conditions. As part of the process of organizational accessibility, lack of acceptance and qualified listening, form of access to dental appointments only through the oral health team, extended time between making the appointments and the consultation itself, USF clinical care model centered on the Treatment Completed by individuals were more frequent. The accessibility found in the two oral health teams indicates the need to reorganize the work processes of these teams, together with a specific policy that formulates local protocols in line with the users' needs.

**Keywords:** Family Health. Health services evaluation. Access to health services.

## Evaluación de la Accesibilidad a las Acciones Clínicas en Salud Bucal según la Estrategia Salud de la Familia: un estudio de caso

### Resumen

Este estudio evaluó la accesibilidad a los servicios de salud bucal de los equipos de Salud de la Familia en la zona urbana del municipio de *Jauru* (MT), a partir de las concepciones de accesibilidad organizacional y geográfica. Se realizó una investigación evaluativa de la accesibilidad a través de un estudio de caso, utilizando entrevistas semiestructuradas

junto a los profesionales de salud pertenecientes a los dos equipos de salud bucal y usuarios y no usuarios de estos servicios. La triangulación de datos fue conducida por la observación directa y el análisis documental. La clasificación de la accesibilidad en la Unidad de Salud de la Familia I fue intermedia inferior (39%) y la Unidad de salud de la Familia II presentó una accesibilidad incipiente (28,9%). Los aspectos estructurales fueron determinantes para la definición de la accesibilidad a las acciones odontológicas, entre los cuales se destacan: la no reposición inmediata de insumos odontológicos y los equipos existentes en malas condiciones de funcionamiento. En el componente del proceso de accesibilidad organizacional, la ausencia de acogida y de escucha cualificada, forma de acceso a consultas odontológicas solamente por medio del equipo de salud bucal, tiempo prolongado entre la fecha de pedir turno para una consulta y la atención de la misma, modelo de atención clínica de la USF centrado en el Tratamiento Concluido por individuos fueron más frecuentes. La accesibilidad encontrada en las dos ESB señala la necesidad de reorganizar los procesos de trabajo de esos equipos, junto a una política específica, que formule protocolos locales acordes con las necesidades de los usuarios.

**Palabras clave:** Salud de la Familia. Evaluación de los servicios de salud. Acceso a los servicios de salud.