



Cobertura da primeira consulta odontológica na atenção primária em saúde no Estado da Paraíba

Coverage of the first dental appointment in primary health care in the State of Paraíba

Eduarda Gomes Onofre de Araújo¹; Maria Alice da Silva Ferreira¹; Rebecca Avelino de Andrade¹; Jozildo Morais Muniz Filho¹; Raíssa Lima Toscano²; Anna Karina Barros de Moraes Ramalho³; Wilton Wilney Nascimento Padilha⁴.

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB – Brasil.

²Mestranda em Ciências Odontológicas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB – Brasil.

³Doutoranda em Ciências Odontológicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba – Brasil.

⁴Docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB – Brasil.

Autor e endereço para correspondência:

Wilton Wilney Nascimento Padilha – Rua Deputado Otavio Mariz Maia, 151, Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP: 58050-088. E-mail: wilton.padilha@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: analisar o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática (CPCO) da atenção primária como descritor do acesso ao cuidado.

Metodologia: O estudo foi indutivo, com procedimento descritivo e técnica da documentação indireta. Foram coletados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS) dados referentes à população total cadastrada pelas equipes homologadas da atenção básica (POP) e a produção de primeira consulta odontológica programática individual (PC) do ano de 2018, determinando-se o indicador CPCO dos 142 municípios do Estado da Paraíba correspondentes a amostra do estudo. Foi testada uma matriz explicativa contendo 7 questões retiradas do Módulo V - Observação na Unidade de Saúde para a Saúde Bucal do instrumento de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Resultados:** Foram realizadas 227.228 PC. A média anual do indicador CPCO foi 17,16%. De acordo com o parâmetro adotado para o indicador CPCO (30%), apenas 10 municípios estiveram acima do valor mínimo e as demais abaixo. A aplicação da matriz com 7 questões e o indicador CPCO apontou associações pelo teste do Qui-quadrado ($p < 0,001$). **Conclusão:** O CPCO identificou o perfil de baixo acesso, sendo influenciado pelas condições de infraestrutura e insumos disponíveis nos estabelecimentos de saúde da atenção primária.

Descritores: Assistência Odontológica. Acesso aos Serviços de Saúde. Monitoramento. Atenção primária à saúde. Sistemas de informação em saúde.



Abstract

Objective: The objective was to analyze the coverage indicator of the first programmatic dental consultation (CPCO) for primary care as a descriptor of the access to care. **Methodology:** The study was inductive, with a descriptive procedure and technique of indirect documentation. In the Health Information System for Primary Care (SISAB / MS), data referring to the total population registered by the approved primary care teams (POP) and the production of the first individual programmatic dental consultation (CP) in 2018 were collected, determining the CPCO indicator for the 142 municipalities in the State of Paraíba corresponding to the study sample. An explanatory matrix was tested containing 7 questions taken from Module V - Observation at the Health Unit for Oral Health of the External Evaluation instrument of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). **Results:** 227228 CP were performed. The annual average of the CPCO indicator was 17.16%. According to the parameter adopted for the CPCO indicator (30%), only 10 municipalities were above the minimum value, and the rest were below. The application of the matrix with 7 questions and the CPCO indicator pointed to associations by the Chi-square test ($p < 0.001$). **Conclusion:** CPCO identified a low access profile, being influenced by the conditions of infrastructure and inputs available in primary care health establishments.

Keywords: Dental Care. Health Services Accessibility. Monitoring. Primary Health Care. Health Information Systems.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) se tornou parte gradual do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988 e tem como objetivo a melhoria do acesso, cobertura e cuidado integral dos usuários com base em suas demandas através dos aspectos de desenvolvimento social e das determinações sociais da doença^{1,2}. No desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Saúde da Família (PSF), que visava as populações de risco, tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006^{2,3}. Além da promoção de saúde aos usuários, a ESF está fundamentada nos princípios do SUS e atua através dos atributos da APS, propostos por Starfield, constituindo, dessa forma, um indicador para a avaliação da qualidade dos serviços ofertados³.

Para contribuir com a qualidade em saúde e dos serviços ofertados, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011⁴, que atua por meio de quatro fases (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização), que se completam e formam um ciclo que proporciona às equipes de atenção básica (EqAB) instrumento para a promoção de mudanças nas práticas dos serviços, aumentando o foco da atenção no usuário e nas condições de saúde^{2,5}.

Como o PMAQ-AB tem como unidade de avaliação a EqAB, a análise do desempenho é feita por meio de indicadores disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que permite uma leitura da população adscrita a cada equipe. Fazendo, assim, a adequação da oferta



de serviços às demandas específicas da população coberta. Para a saúde bucal, tem-se os indicadores de desempenho: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas⁴.

Entre os indicadores de Saúde Bucal, o indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática está entre o grupo do acesso e continuidade do cuidado no manual instrutivo do 3º ciclo do PMAQ-AB, sendo capaz de medir a relação entre a produção de primeira consulta odontológica realizada na AB e a população cadastrada desse mesmo local. Dessa forma, ele irá mostrar como se dá o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual do SUS, apontando eventuais situações de desigualdade e que necessitem de estudos, como também auxiliar na avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS. E assim, proporcionar material para a produção de planos preventivos e terapêuticos relacionados ao exame clínico odontológico⁶.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática (CPCO) da atenção primária como descritor do acesso ao cuidado, e dessa forma contribuir para os processos de planejamento, gestão e implementação de políticas públicas destinadas ao acesso à Atenção Básica.

Metodologia

Realizou-se um estudo com abordagem indutiva, procedimento descritivo e técnica da documentação indireta⁷. O delineamento do estudo é descrito como transversal, observacional e não controlado⁸. Por tratar-se de um estudo baseado em dados secundários públicos, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O universo foi composto por 223 municípios do Estado da Paraíba. A amostra foi definida através da amostragem probabilística simples. Foi realizado cálculo amostral utilizando-se o *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health®* (Versão Online). Foi adotado a frequência de 50% hipotética do fator do resultado na população, determinando o tamanho amostral (n=142) e considerando o intervalo de confiança de 95%.

Foram analisados dados dos 142 municípios da Paraíba, referentes à população total cadastrada pelas equipes homologadas da atenção básica e a produção de primeira consulta odontológica programática individual do ano de 2018, determinando-se o indicador CPCO. O Indicador CPCO é conceituado, segundo o Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – 3º Ciclo, como: “Número de atendimentos de primeira



consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado”⁶.

Dessa forma, o Indicador CPCO é calculado da seguinte maneira:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ primeiras consultas odontológicas programáticas}}{\text{população residente cadastrada}} \times 100$$

O numerador é marcado na ficha de atendimento odontológico individual pelo Cirurgião-dentista e o denominador é obtido através da ficha de cadastro individual da unidade de saúde. Ambos foram coletados a partir do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Utilizaram-se ainda, dados do 3º ciclo do PMAQ-AB Paraíba referentes ao módulo V – Observação na Unidade de Saúde para a Saúde Bucal e correspondem ao ano de 2018. Neste modulo, o entrevistador é acompanhado pelo Cirurgião-dentista ou técnico em saúde bucal que conhece todos os equipamentos, insumos e materiais disponíveis para o atendimento odontológico na Unidade de Saúde. Com as respostas desse modulo é possível observar a estrutura disponível para a equipe atuar no atendimento e cuidado em saúde bucal.

Existem ações que podem promover a melhoria do indicador CPCO, como por exemplo, a garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica e o Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada⁹.

Desse modo, utilizaram-se 7 questões do módulo V do 3º ciclo do PMAQ-AB, sendo elas: (V.4.1) Há horário fixo de funcionamento da unidade?; (V.5.2) O(s) consultório(s) odontológico(s) está(ão) localizado(s) dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?; (V.8.8) Jogo clínico (pinça clínica, sonda exploradora e espelho clínico) sempre disponível?; (V.9.51) Óculos em quantidade suficiente?; (V.9.54) Toucas em quantidade suficiente?; (V.9.55) Luvas em quantidade suficiente?; e (V.9.57) Máscaras em quantidade suficiente?. Os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB foram divulgados referentes aos estabelecimentos de saúde cadastrados. Para cada estabelecimento e sua respectiva resposta, foi utilizado o indicador CPCO referente ao município. Como parâmetro para o bom desempenho do indicador, o CPCO não deve atingir valores aproximados a 100%, devido ao indicativo de elevado número de acesso e podendo assumir relação direta com a baixa resolutividade. Desse modo, foi estabelecido e utilizado como parâmetro o percentual de 30% no presente estudo.

A análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e percentuais, foi realizada em planilhas do programa Excel 2016® (Microsoft Corporation, Redmond, EUA) e a



análise da matriz explicativa das 7 questões sobre o CPCO com o teste do Qui-Quadrado através do software BioEstat 5.0® (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, v. 5.3, Tefé, AM) adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados

Foram analisados dados de 142 municípios, totalizando 701 estabelecimentos de saúde dos dados divulgados pelo PMAQ-AB. Dentre as cidades sorteadas, estão incluídas cidades de pequeno (<10 mil habitantes), médio (20-60 mil habitantes) e grande porte (>100 mil habitantes).

Foram realizadas ao total 227.228 Primeira Consulta Odontológica Individual Programática no período de janeiro a dezembro do ano de 2018. Sete, dos 142 municípios, apresentaram a produção superior a 5.000 (Patos (n=12258); Cabedelo (n=9230); Cajazeiras (n= 7458); Monteiro (n=6146); São Bento (n=5599); São Vicente do Seridó (n=5547); e Queimadas (n=5069). Cinco municípios tiveram uma produção abaixo de 100 durante todo o ano (Parari (n=2); Brejo dos Santos (n=3); Cacimba de Areia (n=23); Emas (n=29); e Serra Redonda (n=58)) (Figura 1).

Município	Primeira Consulta (n)	Município	Primeira Consulta (n)	Município	Primeira Consulta (n)	Município	Primeira Consulta (n)
• ÁGUA BRANCA	1312	• CONCEIÇÃO	2434	• MOGEIRO	2417	• SÃO DOMINGOS DO CARIRI	208
• ALCANTIL	1066	• CONDE	3227	• MONTEIRO	6146	• SÃO FRANCISCO	1032
• ALGODÃO DE JANDAÍRA	236	• CONGO	1060	• MULUNGU	1367	• SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE	1354
• ALHANDRA	2914	• CRUZ DO ESPÍRITO SANTO	1887	• NATUBA	1060	• SÃO JOSÉ DE CAIANA	366
• AMPARO	483	• CUBATI	1922	• NOVA OLINDA	684	• SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS	615
• APARECIDA	488	• CUITÉ DE MAMANGUAPE	304	• OLHO D'ÁGUA	1208	• SÃO JOSÉ DE PIRANHAS	2175
• ARARUNA	3871	• CUITEGI	1272	• OLIVEDOS	1512	• SÃO JOSÉ DE PRINCESA	692
• AREIA	2410	• CURRAL DE CIMA	320	• OURO VELHO	673	• SÃO JOSÉ DO BONFIM	506
• AROEIRAS	2321	• CURRAL VELHO	530	• PARARI	2	• SÃO JOSÉ DO BREJO DO CRUZ	120
• ASSUNÇÃO	421	• DIAMANTE	797	• PATOS	12258	• SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS	171
• BAÍA DA TRAIÇÃO	654	• EMAS	29	• PAULISTA	2919	• SÃO JOSÉ DOS RAMOS	858
• BANANEIRAS	3426	• GADO BRAVO	1037	• PEDRA BRANCA	722	• SÃO MAMEDE	567
• BARRA DE SANTANA	1513	• GURINHÉM	3333	• PEDRO RÉGIS	530	• SÃO MIGUEL DE TAIPI	727
• BARRA DE SÃO MIGUEL	950	• IBIARA	513	• PILÕES	213	• SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA	1650
• BELÉM	2858	• INGÁ	2942	• PILÓEZINHOS	680	• SAPÉ	2020
• BELÉM DO BREJO DO CRUZ	1171	• ITABAIANA	3094	• PITIMBU	2994	• SÃO VICENTE DO SERIDÓ	5547
• BERNARDINO BATISTA	721	• ITAPORANGA	1098	• POCINHOS	3305	• SERRA BRANCA	1821
• BOM VENTURA	850	• ITAPOROROCA	1752	• POÇO DE JOSÉ DE MOURA	258	• SERRA DA RAIZ	650
• BOM JESUS	403	• ITATUBA	1110	• PRATA	1407	• SERRA GRANDE	414
• BOM SUCESSO	138	• JACARAÚ	1888	• PRINCESA ISABEL	2845	• SERRA REDONDA	58
• BOQUEIRÃO	3371	• JERICÓ	907	• QUEIMADAS	5069	• SOLEDADE	1917
• BORBOREMA	972	• JOCA CLAUDINO	331	• QUIXABÁ	401	• SOSSÉGO	1111
• BREJO DOS SANTOS	3	• JUAREZ TÁVORA	813	• REMÍGIO	3957	• SOUSA	4606
• CAAPORÁ	3139	• JUNCO DO SERIDÓ	502	• RIACHÃO	282	• TACIMA	1261
• CABACEIRAS	398	• JURUPIRANGA	1656	• RIACHÃO DO POÇO	1186	• TAPERÓÁ	2207
• CABELO	9230	• LAGOA	646	• RIACHO DE SANTO ANTÔNIO	149	• TAVARES	1488
• CACHOEIRA DOS ÍNDIOS	926	• LAGOA DE DENTRO	983	• RIO TINTO	1703	• TEIXEIRA	1294
• CACIMBA DE AREIA	23	• LAGOA SECA	1734	• SALGADO DE SÃO FÉLIX	1286	• UMBUZEIRO	2037
• CACIMBA DE DENTRO	2770	• LIVRAMENTO	115	• SANTA INÊS	237	• VÁRZEA	839
• CAIÇARA	942	• LOGRADOURO	1078	• SANTA LUZIA	2096	• VIEIROPOLIS	260
• CAJAZEIRAS	7458	• LUCENA	1163	• SANTA RITA	4745	• VISTA SERRANA	533
• CAJAZEIRINHAS	313	• MÃE D'ÁGUA	1057	• SANTA TERESINHA	1026		
• CAMALÃO	1692	• MALTA	1333	• SANTANA DE MANGUEIRA	310		
• CASSERENGUE	1016	• MARCAÇÃO	854	• SANTANA DOS GARROTES	750		
• CATINGUEIRA	925	• MARI	3475	• SÃO BENTINHO	705		
• CATALÉ DO ROCHA	3096	• MATARACA	1222	• SÃO BENTO	5599		
• CATURITÉ	1306	• MATINHAS	1048	• SÃO DOMINGOS	171		
						• TOTAL	227228

FONTE: SISAB (2021).

Figura 1. Número de produção da Primeira Consulta Odontológica Individual Programática de 142 municípios do Estado da Paraíba, referentes ao ano de 2018. Paraíba, 2021.

Na Figura 2, está apresentada a distribuição das cidades pelo valor do indicador CPCO dos 142 municípios do Estado da Paraíba correspondentes a amostra, referentes ao ano de 2018. Apenas 10 municípios obtiveram o indicador acima de 30% (Paulista (64,03%); Olivedos (42,35%); Araruna (42,21%); Borborema (36,29%); Prata (33,82%); Cacimba De Dentro (33,49%); Várzea (33,25%); Curral Velho (32,74%); Santa Rita (32,61%); e Gurinhém (32,18%)). Três municípios



apresentaram o indicador CPCO menor que 1 (um) (Cacimba de Areia (0,72%), Parari (0,11%) e Brejo dos Santos (0,10%).

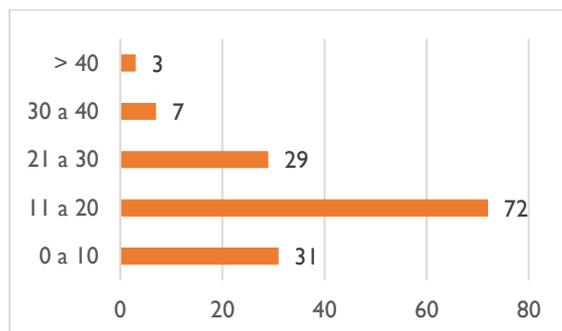


Figura 2. Indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica de 142 municípios do Estado da Paraíba, referentes ao ano de 2018. Paraíba, 2021. Fonte: Própria. Calculado com os dados obtidos pelo SISAB (2021).

Dos 701 estabelecimentos de saúde avaliados, 25 não possuem horário fixo de funcionamento e 27 não possuem o consultório odontológico localizado dentro da mesma unidade de saúde. Em relação a disponibilidade de instrumentais, 21 unidades informaram que não possuem jogo clínico sempre disponível para atendimento da demanda. Insumos como óculos, toucas, luvas e máscaras são insuficientes em 47, 28, 23 e 23 estabelecimentos, respectivamente. A aplicação da matriz com as 7 questões e o indicador CPCO apontou significância estatística ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da resposta dos estabelecimentos de saúde as questões do Módulo V do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica e razão do parâmetro do Indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica no Estado da Paraíba do ano de 2018. Paraíba, 2021.

Questões do módulo V do PMAQ-AB	Respostas	Indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica		valor p
		<30%	>30%	
Há horário fixo de funcionamento da unidade?	SIM	615	61	<0,001
	NÃO	15	10	
O consultório odontológico está localizado dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?	SIM	615	59	
	NÃO	15	12	
Jogo clínico (pinça clínica, sonda exploradora e espelho clínico) sempre disponível?	SIM	617	61	
	NÃO	13	9	
Óculos em quantidade suficiente?	SIM	597	57	
	NÃO	33	14	
Toucas em quantidade suficiente?	SIM	612	61	
	NÃO	18	10	
Luvas em quantidade suficiente?	SIM	617	61	
	NÃO	12	11	
Máscaras em quantidade suficiente?	SIM	617	61	
	NÃO	12	11	

Fonte: Própria. Calculado a partir do banco de dados do 3º ciclo do PMAQ-AB (2021).



Discussão

A partir da análise da cobertura da população utilizando o indicador CPCO, é possível reconhecer o desempenho e a necessidade de implantação das medidas de ampliação do acesso aos serviços odontológicos. No presente estudo, o indicador CPCO apresentou valores insatisfatórios com variação entre 0,10% a 64,01%. Devido a influencia da gestão em saúde bucal nos níveis desse indicador¹⁰, esses dados podem estar relacionados a diferentes vertentes de gestão adotadas e aos níveis de cobertura no Estado da Paraíba.

A média do indicador da amostra do presente estudo foi de 17,16%. O indicador CPCO assumiu valores abaixo de 10% em 27 municípios, apesar do grande número de população cadastrada. Ao avaliar a -cobertura populacional de equipes de saúde bucal -em macrorregiões brasileiras, estudiosos mostraram que a região Nordeste obteve a maior cobertura populacional em todos seus estados, quando comparada a outras regiões. Observou-se que indicador CPCO na região Nordeste no ano de 2018 foi de 3,04%, em destaque para o Estado da Paraíba que foi de 0,59%. Porém, mesmo com as melhores porcentagens, essa região não possui um bom desempenho com os indicadores de saúde. Com o intuito de explicar o baixo desempenho, questiona-se a falta de registro nos sistema de informação e as diferenças nos repasses federais para as regiões¹¹. Os dados se opõem ao que foi identificado no presente estudo, visto que os valores atingidos para o CPOC foram abaixo.

Como limitação para esse indicador, podemos considerar a inconsistência no registro das fichas pelos profissionais e erro na alimentação do sistema de informação. De acordo com o Manual de Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada, a primeira consulta odontológica programática é definida como uma avaliação das condições gerais e realização do exame clínico para diagnóstico e elaboração do plano preventivo terapêutico. Atendimentos eventuais (emergência/urgência/retorno) não devem ser considerados como primeira consulta⁹. Para evitar a superestimação ou subestimação das consultas, é necessário oferecer capacitações e incentivar a importância do registro, com intuito de padronizar os conceitos e aprimorar os registros, garantindo a confiabilidade da informação¹².

Na maioria dos estabelecimentos de saúde do presente estudo, foram observados a escassez de insumos e equipamentos básicos para a realização do exame clínico nos atendimentos odontológicos. No Estado da Paraíba, no ano de 2012 e 2013, foram avaliados as condições de uso dos equipamentos odontológicos, a quantidade dos materiais e dos insumos e o tipo de unidade de saúde. Foi evidenciado que grande quantidade dos estabelecimentos de saúde não possuíam equipamentos, como autoclave, em condições de uso e insumos em quantidade reduzida¹³. No Estado do Pernambuco, foi demonstrado que cerca de 20% das unidades não possuíam insumos suficientes, como também, a ausência de alguns equipamentos importantes para a prática



odontológica¹⁴. Em análise, foi possível observar que a condição dos estabelecimentos de saúde em relação aos insumos disponíveis manteve-se insuficiente no decorrer dos anos, comprometendo o desempenho das equipes em oferecer uma assistência adequada aos usuários.

Para a oferta de uma assistência odontológica de qualidade é indispensável a presença de equipamentos, instrumentais e insumos. A falta desses materiais pode comprometer o acesso a assistência em saúde bucal na atenção básica aos usuários e diminuir a credibilidade desse nível de atenção¹⁵. A garantia da infraestrutura necessária para o funcionamento e a manutenção regular dos recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o atendimento são responsabilidades comuns a todas as esferas do governo, conforme a Política Nacional de Atenção Básica¹⁶. Mesmo com a existência da normativa, evidencia-se a negligência com as condições básicas para o atendimento odontológico, limitando a resolução das demandas dos usuários.

A relação entre a “oferta do serviço X população” pode interferir diretamente nos indicadores, incluindo o de resolutividade. Com isso, é possível observar a associação positiva entre a resolutividade e a CPCO¹⁷. O acesso ao cuidado em saúde bucal está relacionado a diversas vertentes, incluindo condição do estabelecimento de saúde, forma de marcação das consultas e a disponibilidade de equipamentos e insumos. Com o indicador CPCO, é possível identificar as condições de assistência em saúde bucal de uma determinada população, beneficiando o monitoramento, a avaliação e a definição de metas para equipe. O serviço mais organizado com planejamento técnico e apoio político pode favorecer um aumento do uso programático dos serviços odontológicos¹⁵.

Em relação às limitações deste trabalho, cabem ressalvas quanto à confiabilidade dos registros dos indicadores de uso de serviços odontológicos, além de possível mascaramento da realidade dos estabelecimentos de saúde na avaliação do PMAQ-AB. É possível, contudo, que os resultados apresentados estimulem a reflexão sobre os processos de cuidado e trabalho na atenção primária nos municípios do Estado da Paraíba. Para pesquisas futuras, recomenda-se um aprofundamento na investigação da relação entre o porte populacional e financeiro dos municípios e os fatores associados nos serviços de saúde bucal.

Conclusão

O indicador CPCO identificou um perfil de baixo acesso à saúde bucal no Estado da Paraíba, com forte influência pelas condições de infraestrutura e insumos disponíveis nos estabelecimentos de saúde. Com as análises efetuadas, CPCO mostrou-se um indicador potente para auxiliar a qualificação da Atenção Básica em saúde bucal, reconhecendo falhas nos processos que permitem o acesso ao cuidado.



Referências

1. Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Bousquat, A., & Silva, E. V. D. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018; 42:52-66.
2. Chaves LA, Jorge ADO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MADC, Santos ADF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública* 2018 fev; 34: e00201515.
3. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCDS, Rocha TAH, Silva NCD, Vissoci JRN, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34: e00049817.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa o Saúde Mais Perto de Você – Acesso E Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. LAKATOS, EM; MARCONI, MA. Fundamentos da Metodologia Científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
8. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA. 2001.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*; 2006.
10. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Hirooka LB, Guisilini AC, Narvai PC. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34: e00079317.
11. De Lima, L. C., Dos Santos, D. V. D., & Ditterich, R. G. (2021). Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 10(3): 275-295.
12. Moimaz SAS, Saliba TA, Arcieri RM, Lofego L, Saliba NA. Atenção à saúde materno-infantil e saúde bucal nos ciclos do PMAQ-AB. *Journal of Management & Primary Health Care* 2018; e1-9.
13. Limão NP, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, dos Santos Machado L, Valença AMG. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação



14. com as unidades da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2016; 29(1):84-92.
15. Lorena Sobrinho JED, Martelli PJDL, Albuquerque MDSVD, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde em Debate* 2015; 39: 136-146.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
17. Santiago CP, Cavalcante DFB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Lucena EHG, Cavalcanti, YW, Padilha WWN. Resolutividade da Atenção Básica em Saúde Bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva* 2019 nov; [periódico na internet].