



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

AUGUSTO CESAR SOUSA RAIMUNDO

**ANÁLISE LONGITUDINAL DA ABRANGÊNCIA DA PRIMEIRA
CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA EM FUNÇÃO DA
COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL**

Piracicaba
2020

AUGUSTO CESAR SOUSA RAIMUNDO

**ANÁLISE LONGITUDINAL DA ABRANGÊNCIA DA PRIMEIRA
CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA EM FUNÇÃO DA
COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Gestão e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gláucia Maria Bovi Ambrosano

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO AUGUSTO
CESAR SOUSA RAIMUNDO E ORIENTADA
PELA PROFA. DRA. GLÁUCIA MARIA BOVI
AMBROSANO

Piracicaba
2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

R133a Raimundo, Augusto Cesar Sousa, 1978-
Análise longitudinal da abrangência da primeira consulta odontológica programática em função da cobertura de equipes de saúde bucal / Augusto Cesar Sousa Raimundo. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Indicadores de saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Longitudinal analysis of the coverage of the first programmatic dental consultation as a cover of oral health team coverage

Palavras-chave em inglês:

Oral health

Health indicators

Health services accessibility

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gláucia Maria Bovi Ambrosano [Orientador]

Antonio Carlos Pereira

Maria Helena Ribeiro De Checchi

Data de defesa: 14-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas e profissionais do aluno:

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7736-9189>

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/030612865076537>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 14 de Fevereiro de 2020, considerou o candidato AUGUSTO CESAR SOUSA RAIMUNDO aprovado.

PROF^a. DR^a. GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

PROF^a. DR^a. MARIA HELENA RIBEIRO DE CHECCHI

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

A Deus que me guia nas estradas da vida.

À minha esposa Fernanda que entendeu minhas ausências na busca pelo aperfeiçoamento.

À minha família que sempre me apoiou nas decisões que tomei.

Muito Obrigado.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Senhor Diretor, Prof. Dr. Francisco Haiter Neto.

Ao programa de Mestrado Profissional, na figura da coordenadora, Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra.

À minha orientadora, Professora Doutora Gláucia Maria Bovi Ambrosano, que com sua paciência, competência e zelo me guiou até aqui, sempre estimulando nos momentos de descrença.

Ao Professor Doutor Antonio Carlos Pereira, que sempre esteve disponível a auxiliar nas dúvidas que apareciam.

A toda equipe da Odontologia Social que impressiona pela amizade e colaboração.

Aos amigos da turma do Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva, que me receberam, mesmo como aluno especial, com uma amizade e convivência que tornavam os encontros ansiosamente aguardados.

Aos amigos da turma 2017 do Mestrado Profissional cuja convivência me proporcionou momentos de aprendizado, de emoção e de fraternidade. Uma pena que não podemos nos encontrar tantas vezes mais. Obrigado pela caminhada em conjunto. Aos amigos conquistados nas disciplinas que me incentivam constantemente a estudar e aprender mais. A todos os amigos que continuo a conviver em Piracicaba, me inspiro em cada história.

A todos os demais Docentes e Discentes da FOP/Unicamp.

Ao amigo Dr. Vinício Rocha, que me levou à FOP, e que sempre teve uma palavra amiga nos momentos mais difíceis. Sua competência e profissionalismo me inspiram a conduzir meus estudos da melhor forma possível.

Às Prefeituras de Varginha e São Gonçalo do Sapucaí, respectivamente, nas pessoas da Coordenadora de Saúde Bucal, Luciene de Fátima Frade Caldonazzo e da Secretária Fernanda Aparecida Moreira, que autorizaram e permitiram a realização do curso.

Ao amigo Giulliano Gonçalves, que me auxilia em tudo que está em seu alcance nas minhas ausências.

Àqueles que, de forma direta ou indireta, colaboraram com este estudo.

RESUMO

A Saúde Bucal busca consolidar-se dentro da Atenção Primária à Saúde com as Equipes de Saúde Bucal buscando a ampliação do acesso. No presente estudo investiga-se a relação da cobertura de serviços, representada pelos indicadores de cobertura de Equipes de Saúde Bucal, Equivalente e Saúde Bucal, com o acesso efetivado, representado pela cobertura de primeira consulta odontológica programática, para as faixas etárias de 5 a 19 e 20 a 64 anos, nos municípios mineiros. Trata-se de um estudo observacional, ecológico, longitudinal e analítico, apoiado por dados secundários disponíveis nas bases de dados dos sistemas de informações oficiais. O período compreendido é de 2008 a 2018. As variáveis independentes são as coberturas de serviços odontológicos e a dependente é o indicador de acesso à cobertura de primeira consulta odontológica programática. Como variáveis de ajuste foram utilizados os indicadores socioeconômicos IDH, PIB *per capita* e, ainda, os estratos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram estimados modelos *Generalized Estimating Equation* (GEE) das relações brutas e ajustadas entre as variáveis independentes e a cobertura da primeira consulta no decorrer do tempo. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo *Quasi-Likelihood Under the Independence Model Criterion* (QIC). Em todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%. Obteve-se como resultado a associação positiva entre cobertura de acesso e cobertura de serviços, com as razões de prevalências: para 5-19, RP= 1,07(IC95%: 1,05-1,10)(p=0,001) para equipe Equivalente, RP=1,16(IC95%: 1,14-1,19)(p<0,0001) para equipe de Saúde Bucal e RP=1,18(IC95%: 1,15-1,21)(p<0,0001) para Saúde Bucal na Atenção Básica; para 20-64, RP=1,04 (IC95%: 1,02-1,07)(p<0,0006) para equipe Equivalente, RP=1,18(IC95%: 1,15-1,21) (p<0,0001) para equipe de Saúde Bucal e RP=1,20(IC95%: 1,17-1,23)(p<0,0001) para Saúde Bucal na Atenção Básica. Conclui-se que o aumento da cobertura de serviços está associado ao aumento do acesso da população de 5 a 19 e 20 a 64 anos às ações programadas de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Indicadores Básicos de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Oral Health seeks to consolidate itself within Primary Health Care with the Oral Health Teams seeking to expand access. The present study investigates the relationship of service coverage, represented by the coverage indicators of the Oral Health, Equivalent and Oral Health Teams, with the effective access, represented by the coverage of the first programmatic dental consultation, for the age groups from 5 to 19 and 20 to 64 years, in the municipalities of Minas Gerais. This is an observational, ecological, longitudinal and analytical study, supported by secondary data available in the databases of official information systems. The period covered is from 2008 to 2018. The independent variables are the coverage of dental services and the dependent variable is the indicator of access to coverage for the first programmatic dental consultation. As adjustment variables, the socioeconomic indicators HDI, GDP per capita and, also, the strata of the Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were used. Generalized Estimating Equation (GEE) models of gross and adjusted relationships between independent variables and the coverage of the first consultation over time were estimated. The fit of the models was assessed by the Quasi-Likelihood Under the Independence Model Criterion (QIC). In all analyzes, the significance level of 5% was considered. As a result, the positive association between access coverage and service coverage was obtained, with the prevalence ratios: for 5-19, PR = 1.07 (95% CI: 1.05-1.10) ($p = 0.001$) for Equivalent team, PR = 1.16 (95% CI: 1.14-1.19) ($p < 0.0001$) for Oral Health team and PR = 1.18 (95% CI: 1.15-1.21) ($p < 0.0001$) for Oral Health in Primary Care; for 20-64, PR = 1.04 (95% CI: 1.02-1.07) ($p < 0.0006$) for Equivalent team, PR = 1.18 (95% CI: 1.15-1.21) ($p < 0.0001$) for the Oral Health team and PR = 1.20 (95% CI: 1.17-1.23) ($p < 0.0001$) for Oral Health in Primary Care. It is concluded that the increased service coverage is associated with increased access by the population aged 5 to 19 and 20 to 64 years old to scheduled oral health actions.

Keywords: Oral Health. Health Status Indicators. Health Services Accessibility. Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO: Análise longitudinal da abrangência da primeira consulta odontológica programática nas faixas etárias 5-19 e 20-64 anos em função da cobertura de saúde bucal	15
3 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO 1 – Relatório de Verificação de Originalidade e Prevenção de Plágio	54
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP - UNICAMP.....	55
ANEXO 3 – Comprovante de Submissão do Artigo	56

1 INTRODUÇÃO

Com seus 15 anos recém completados, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) obteve avanços importantes como a ampliação do acesso a grupos antes excluídos, como adultos e idosos (Cayetano et al., 2019), entretanto, sua institucionalização carece de fortalecimento. Publicada em 2004, a PNSB se propôs a reorganizar o setor com ampliação do acesso em todos os níveis de atuação: de promoção, de prevenção e reabilitação. Foram investidos mais recursos visando aumentar o número de eSB. Além disso, novos serviços foram incorporados como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (Brasil, 2004).

A reorganização do sistema de saúde culminou com a descentralização dos serviços para o município, por meio da Atenção Primária (ou Básica), onde a principal estratégia seria o Programa Saúde da Família (PSF), com as primeiras equipes implantadas em 1994 (Lamy, 2014). A inserção das Equipes de Saúde Bucal (eSB) se deu apenas em 2001, com a publicação da Portaria nº. 267, que regulamentou as normas e diretrizes dos profissionais da Odontologia (Brasil, 2001).

Com a inserção das eSB na rotina dos serviços, são produzidas muitas informações que são importantes tanto para a construção de indicadores quanto para avaliação e podem auxiliar na verificação das propostas. Entretanto, Contrato (2011) afirma que são muitas as inconsistências relacionadas aos indicadores de saúde bucal, podendo estar associadas à instabilidade na pactuação. A Tabela Única de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que foi instituída pela Portaria GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007 e entrou em vigor de forma exclusiva a partir de janeiro de 2008 (Brasil, 2007 e 2007a), trouxe modificações que afetaram os códigos dos procedimentos de forma que alguns destes deixaram de existir e outros foram agregados. Tal ação inviabiliza uma análise temporal mais longa, uma vez que a base de cálculo de alguns indicadores foi modificada.

Inúmeros formatos de monitoramento e avaliação foram implantados pelo Ministério da Saúde, passando pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP). Moysés e

Goes (2012) apontam que desde 1999 os indicadores de saúde bucal auxiliam no planejamento nos três níveis de governo.

Mesmo com mudanças constantes nos sistemas, alguns indicadores de saúde bucal têm sua utilização mantida, como cobertura de primeira consulta odontológica programática, média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada, razão entre o número de exodontias e o número de procedimentos básicos individuais totais, cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde bucal (eSB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica (Lamy, 2014).

Com a publicação da lei que institui a Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, incorpora-se uma estratégia de melhorias dos serviços denominada de Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de impulsionar o desenvolvimento do setor. As Equipes de Saúde Bucal fazem parte do processo (Fernandes, 2016).

O PMAQ – AB, do terceiro ciclo, classifica as Equipes de Atenção Básica (inclusa a eSB), com base no seu desempenho em ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. Cada faixa tem direito a um recurso financeiro específico. Os quesitos avaliados incluem a implementação de ações auto avaliativas (10% da certificação), a avaliação dos indicadores (30% da certificação) e a avaliação externa (60% da certificação) (Brasil, 2017a).

Para que a certificação das equipes fosse equitativa, no segundo ciclo do PMAQ utilizou-se a divisão por estratos, onde eram observados aspectos econômicos, sociais e demográficos na comparação entre as equipes. Foi construído um índice com pontuação de zero a dez, no qual foram considerados os indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, percentual da população com bolsa-família, percentual da população com plano de saúde, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. Cada indicador tem peso diferente na composição do índice e é considerada a menor pontuação no percentual populacional que recebe bolsa família e da população em extrema pobreza. Estrato 1 - municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; estrato 2 - pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; estrato 3 - pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; estrato 4 - pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; estrato 5 - pontuação entre 5,4 e 5,85 e

população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; estrato 6 - municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85 (Brasil, 2012).

Os indicadores de Saúde Bucal utilizados para a certificação são organizados por grupos. No grupo do acesso e continuidade do cuidado está o indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática, já no grupo resolutividade está a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas e, finalmente, no grupo abrangência da oferta de serviços, está o indicador percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal (Brasil, 2017a).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde publicou em 2017 a Portaria 2.436 (Brasil, 2017b) que promove a revisão das diretrizes organizativas da Atenção Básica. A PNAB 2017 recebeu críticas apontando falhas como danos ao que já se apresentava na Atenção Básica nacional. Dentre eles, Morosini et al. (2018) enumeram a relativização da cobertura universal, a determinação de padrões distintos de serviços, a nova composição das equipes e novos processos de trabalho como alguns dos mais importantes. Em 2019, a portaria 2.979 (Brasil, 2019) instituiu o Programa Previne Brasil que reorganiza o modelo de financiamento da Atenção Primária. Nesse novo paradigma, os recursos do PMAQ – AB deixam de existir sendo substituídos pelo pagamento por desempenho o qual será iniciado na competência de agosto de 2020. Novos indicadores serão incorporados até 2022, perfazendo um total de 21 que serão especificados em portaria específica.

A primeira consulta odontológica programática é o procedimento registrado na tabela unificada de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS sob o código 03.01.01.015-3. É registrado pelo Cirurgião Dentista da Atenção Básica quando o acesso do usuário prevê um seguimento do tratamento. Tem como atributo complementar o registro da idade no boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), com idade mínima de zero ano e máxima de cento e dez anos. É registrado, ainda, na plataforma e-SUS em seus diversos formatos de registro como no prontuário eletrônico (PEC) e na coleta de dados simplificada (CDS). Caracteriza-se pela avaliação das condições de saúde e exame clínico odontológico com o objetivo de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Não se refere aos atendimentos de urgência e emergência que não têm seguimento (Brasil, 2017). Em

conjunto com a população do local de residência, compõe o indicador "cobertura de primeira consulta odontológica programática". Esse indicador afere a porcentagem da população que acessou os serviços de odontologia do SUS na Atenção Básica de forma programada e com garantia de sequência do tratamento. É calculado dividindo-se o número de primeiras consultas odontológicas programáticas pela população de referência e multiplicando o resultado por cem (Brasil, 2015).

A cobertura de serviços, composta pela cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB), cobertura de Equipes de Saúde Bucal Equivalentes (eEQ) e cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB), acompanha a avaliação de saúde bucal no SUS e tem como objetivo medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Primária. Seu pressuposto leva em consideração a equipe, tendo como referência a carga horária do profissional, bem como a população adscrita. Para a cobertura de SB a fórmula de cálculo atual se apresenta utilizando o número de Equipes de Saúde Bucal implantadas multiplicadas por 3.450 somadas ao número de Equipes de Saúde Bucal Equivalentes (a cada soma de 40 horas semanais de cirurgiões dentistas, considera-se uma equipe) multiplicadas por 3.000, divididos pela estimativa populacional do ano anterior (Brasil, 2017). Para o cálculo apenas da eSB desconsideram-se as Equipes de Saúde Bucal Equivalentes (cirurgiões dentistas da atenção básica com carga horária abaixo de 40 horas semanais), que representam o modelo anterior à Estratégia Saúde da Família. Já para as eEQ, não se leva em consideração a carga horária de eSB.

Um outro aliado para a avaliação da atuação dos sistemas de saúde é o estudo epidemiológico transversal, que permite trabalhar utilizando o diagnóstico das necessidades em saúde com base populacionais. Dessa forma as ações são planejadas racionalmente, já que os dados expressam a realidade da população. Até o momento foram quatro os grandes inquéritos nacionais de Saúde Bucal (1986, 1996, 2003 e 2010), que têm grande relevância na construção de base de dados epidemiológicos. Seguindo o mesmo formato do inquérito nacional de 2010, o Estado de Minas Gerais, por meio da Diretoria de Saúde Bucal, decidiu como estratégia de investigação situacional realizar o Projeto SB Minas Gerais 2012 - Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira (Minas Gerais, 2013).

Para Roncalli et al (2012) a articulação entre produção de dados primários e secundários tem capacidade de gerar indicadores e informações para a atuação dos

gestores. Com relação a dados primários, as maiores fontes são os inquéritos e a estruturação de modelos de vigilância perpassa pelo envolvimento de todos esses processos.

Assim, no presente estudo têm-se como hipótese que o acesso às ações programadas de odontologia no setor público é influenciado pela cobertura de saúde bucal, sendo que com o aumento da cobertura de serviços a cobertura da primeira consulta odontológica programática aumenta em todas as faixas etárias.

2 ARTIGO: Análise longitudinal da abrangência da primeira consulta odontológica programática nas faixas etárias 5-19 e 20-64 anos em função da cobertura de saúde bucal

Augusto Cesar Sousa Raimundo.

Mestrando em Gestão e Saúde Coletiva na Faculdade de Odontologia de Piracicaba –

Fop/Unicamp

Email: augustocesarsr@gmail.com

Gláucia Maria Bovi Ambrosano.

Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop/Unicamp.

Email: glauciabovi@gmail.com

Antonio Carlos Pereira.

Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop / Unicamp

Email: apereira111@gmail.com

Marcelo de Castro Meneghin.

Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Fop/Unicamp.

Email: meneghim@unicamp.br

Vinício Felipe Brasil Rocha

Doutorando em Odontologia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba –

Fop/Unicamp.

Email: viniciorocha@yahoo.com.br

Resumo

O estudo investiga a relação da cobertura de serviços com a cobertura de primeira consulta odontológica programática, nas faixas etárias 5-19 e 20-64 anos, nos municípios de Minas Gerais. É um estudo observacional, ecológico, longitudinal e analítico, apoiado por dados secundários oficiais de 2008 a 2018. As variáveis independentes são as coberturas de serviços odontológicos e a dependente é a cobertura de primeira consulta. Como variáveis de ajuste utilizou-se indicadores socioeconômicos IDH, PIB per capita e estratos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram estimados modelos Generalized Estimating Equation das relações brutas e ajustadas entre as variáveis independentes e a dependente no decorrer do tempo. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo Quasi-Likelihood Under the Independence Model Criterion. Foi considerado o nível de significância de 5%. Como resultado, as razões de prevalências: 5-19, $RP=1,07$ ($IC95\%: 1,05-1,10$) ($p=0,001$) para equipe Equivalente (eEQ), $RP=1,16$ ($IC95\%: 1,14-1,19$) ($p<0,0001$) para equipe de Saúde Bucal (eSB) e $RP=1,18$ ($IC95\%: 1,15-1,21$) ($p<0,0001$) para Saúde Bucal na Atenção Básica (SB); 20-64, $RP=1,04$ ($IC95\%: 1,02-1,07$) ($p<0,0006$) para eEQ, $RP=1,18$ ($IC95\%: 1,15-1,21$) ($p<0,0001$) para eSB e $RP=1,20$ ($IC95\%: 1,17-1,23$) ($p<0,0001$) para SB. O aumento da cobertura está associado ao aumento do acesso da população às ações de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Indicadores Básicos de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

The study investigates the relationship between service coverage and access, represented by the coverage of the first programmatic dental consultation in the age group 5-19 and 20-64 years, in the municipalities of Minas Gerais. It is an observational, ecological, longitudinal and analytical study, supported by official secondary data from 2008 to 2018. The independent variables are the coverage of dental services and the dependent one is the coverage of the first consultation. As adjustment variables, socioeconomic indicators HDI, GDP per capita and strata of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were used. Generalized Estimating Equation models of gross and adjusted relationships between independent and

dependent variables over time were estimated. The fit of the models was assessed by the Quasi-Likelihood Under the Independence Model Criterion. The significance level of 5% was considered. As a result, the prevalence ratios: for 5-19, PR=1.07(95%CI: 1.05-1.10)(p=0.001) for Equivalent staff, PR=1.16(95%CI:1.14-1.19)(p<0.0001) for the Oral Health team and PR=1.18(95%CI:1.15-1.21)(p<0.0001) for Oral Health in Primary Care; for 20-64, PR=1.04(95%CI:1.02-1.07)(p<0.0006) for Equivalent team, PR=1.18(95%CI:1.15-1.21)(p<0.0001) for the Oral Health team and PR=1.20(95% CI: 1.17-1.23)(p <0.0001) for Oral Health in Primary Care. The increase in coverage is associated with increased access by the population aged 5-19 and 20-64 years to oral health actions.

Keywords: Oral Health. Health Status Indicators. Health Services Accessibility. Unified Health System.

Introdução

A saúde bucal no serviço público brasileiro obteve avanços importantes após a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A ampliação do acesso a grupos antes preteridos certamente é um deles¹. Publicada há 15 anos, a PNSB se propôs a reorganizar o setor com ampliação do acesso em todos os níveis de atuação: de promoção, de prevenção e reabilitação. Foram investidos mais recursos visando aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família (eSB) da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, novos serviços foram incorporados como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Enfatiza, ainda, a necessidade do enfoque na qualificação da atenção primária². Desde então, a saúde bucal na APS acompanhou as mudanças organizativas promovidas pelas alterações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo sua última versão publicada por meio da Portaria 2.436 de 2017, ficando claro que o acesso deve ser considerado ³. A população tem o acesso aos serviços ampliado por meio da criação de eSB e CEO's.

A incorporação da Saúde Bucal dentro da Estratégia Saúde da Família buscou reorganizar a prática odontológica na atenção primária, rompendo com a atenção excludente e

tecnicista. A partir de sua regulamentação, uma quantidade importante de gestores aderiu ao modelo, preterindo a atenção ou modelo tradicional, levando ao aumento da cobertura no país, com um volume maior de recursos destinados à saúde bucal⁴. No ano de 2008, no mês de dezembro, estavam em funcionamento 19.280 eSB, cobrindo 33,29% da população brasileira, com cerca de 16% de cobertura pelo modelo tradicional ou equipes Equivalentes (eEQ) e um total de 49,6% de cobertura de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB) representa a soma dos dois tipos de cobertura. Já em 2018, no mesmo período, estavam implantadas 28.050 eSB, com cobertura de 42,14% da população, enquanto eEQ e SB perfaziam 10,57 e 52,71% de cobertura populacional, respectivamente⁵. O aumento das eSB veio com a concomitante queda da eEQ, que até o momento não dispunha de incentivos financeiros para seu custeio. Apesar dessa expansão, questiona-se se aquela veio acompanhada de aumento quantitativo e de tipos de procedimentos ofertados à população. Dessa forma, evidencia-se a importância de estudos que promovam maior conhecimento sobre o impacto da implantação das eSB e sua comparação com outros arranjos organizativos⁶.

Apesar das mudanças referentes à cobertura, muitos desafios permanecem sobre as eSB, dentre os principais estão relacionados a adequar o modelo de atenção aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas⁷. Com a intenção de promover um aperfeiçoamento do serviço é criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como uma estratégia que se compromete com mudanças nos processos de trabalho das equipes. O PMAQ-AB dispõe, em sua estrutura, de uma dimensão de monitoramento e avaliação de indicadores. Dentre eles está a cobertura de primeira consulta odontológica programática, classificada como indicador de desempenho. Esse indicador se propõe a aferir o acesso da população às ações individuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Não estão inclusas as consultas de retorno e urgência. Pode ser desagregado por espaço geográfico, sexo, idade e condição de saúde,

auxiliando na avaliação do perfil de atendimento dos serviços de saúde bucal na APS⁸. Esse indicador deve ser utilizado no planejamento e organização das ações das equipes, juntamente com cobertura de equipes de saúde bucal, porcentagem de crianças livres de cárie, média de participantes de escovação dental supervisionada, entre outros⁹.

No Estado de Minas Gerais, houve um aumento de 1.387 eSB no período de dezembro de 2008 até o mesmo mês de 2018, elevando a cobertura de 34% para 49%⁵. Em contrapartida, um decréscimo da cobertura equivalente (eEQ - referente à equiparação de cada 40 horas de carga horária de cirurgiões-dentistas a uma eSB, também chamada de Modelo Tradicional) de 21% para 12% no mesmo período⁵. Por fim a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB), calculada pela soma da Cobertura de eSB e eEQ, variou de 55 para 69%⁵.

Apesar do histórico favorecimento aos escolares nas ações de saúde bucal¹, o Estado apresenta dois terços de suas crianças de 12 anos com alguma necessidade de intervenção em saúde bucal, já para a idade de 15 a 19 anos o número sobe para três a cada quatro adolescentes. A idade de 5 anos é a com a maior média de necessidade de tratamento pulpar. O grupo de 15 a 19 é a faixa que mostrou a maior porcentagem de relato de dor de dente nos últimos 6 meses. Já os adultos, faixa etária de 35 a 44 anos, 99,1% necessitam de algum tipo de tratamento¹⁰.

Diante dessa realidade, intenciona-se investigar se existe relação das coberturas de serviços (eSB, eEQ e SB) com o acesso efetivado da população às ações curativas programadas de saúde bucal, utilizando para isso a cobertura de primeira consulta odontológica programática nas faixas etárias de 5 a 19 e 20 a 64 anos como indicador.

Metodologia

O estudo foi realizado com dados do Estado de Minas Gerais, tendo por base seus 853 municípios. Caracteriza-se por ser observacional, ecológico, longitudinal e analítico, apoiado por dados secundários disponíveis nas bases e tabuladores dos sistemas de informações oficiais

do Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação João Pinheiro e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O período compreendido é de 2008 a 2018.

Obteve-se isenção de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, por meio do ofício CEP/FOP número 011/2018.

As variáveis independentes analisadas foram a Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (eSB), Cobertura Equivalente (eEQ) e Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB) nos municípios de Minas Gerais. Essas informações foram captadas de forma direta, via tabulador do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) presente no sítio eletrônico e-Gestor do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde⁵. A obtenção foi feita mês a mês e para cada ano foi calculada a média de cada cobertura para cada município.

Como variável de desfecho, analisou-se a cobertura de primeira consulta odontológica programática para a faixa etária de 5 a 19 anos e 20 a 64 anos. Essa variável foi calculada a partir do número de primeiras consultas odontológicas programáticas por idade e por município de atendimento a cada ano (numerador) dividida pela população municipal de mesma faixa etária e ano (denominador). Para isso foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) tabulado pelo programa Tab para Windows (Tabwin) do Departamento de Informática do SUS¹¹, obtendo as informações sobre primeira consulta para essa faixa etária dos anos de 2008 a 2018 de cada município de atendimento. O registro da primeira consulta é feito utilizando o código 03.01.01.015-3 da tabela unificada. É registrado pelo Cirurgião Dentista da Atenção Básica quando o acesso do usuário prevê um seguimento do tratamento. Tem como atributo complementar o registro da idade no boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C), com idade mínima de zero ano e máxima de cento e dez anos. É registrado, ainda, na plataforma e-SUS em seus diversos formatos de registro como no

prontuário eletrônico (PEC) e na coleta de dados simplificada (CDS). Para os anos de 2015, 2016, 2017, 2018, em virtude de alimentação do SISAB via e-SUS pelas eSB e em algumas unidades, as informações foram solicitadas ao MS via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão¹² com base na Lei de Acesso à Informação¹³ sob o protocolo de número 25820003412201997. Como nos anos citados havia dados do SIA e SISAB, foi feita consolidação por município e faixa etária. Para evitar duplicidade de dados, os arquivos recebidos foram confrontados com tabulações realizadas com base no número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pelo Identificador Nacional de Equipes (INE), no TabWin.

Para o denominador “população por faixa etária” as informações foram obtidas junto à Fundação João Pinheiro (FJP), nos estudos de estimativas populacionais¹⁵, exceção aos anos de 2010, ano de Censo, cujas informações foram obtidas junto ao IBGE¹⁶, e 2008 e 2009, obtidos via tabulação no TabNet¹⁷.

Como variáveis de ajuste, foram utilizados os indicadores socioeconômicos Produto Interno Bruto (PIB) per capita anual¹⁸ e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do ano de 2010¹⁹, além dos estratos PMAQ-AB para cada município. São seis estratos, considerando PIB per capita, população com plano de saúde, população beneficiária de bolsa família, população em extrema pobreza e densidade populacional. Cada indicador tem peso diferente na composição do índice e é considerada a menor pontuação no percentual populacional que recebe bolsa família e da população em extrema pobreza²⁰. Estrato 1 - municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; estrato 2 - pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; estrato 3 - pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; estrato 4 - pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; estrato 5 - pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e

municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; estrato 6 - municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85²⁰. A classificação em estratos visa aproveitar a metodologia do PMAQ para agrupar os municípios que possuam características sociais, econômicas e populacionais semelhantes.

Buscando evitar a utilização de dados e registros incorretos, foram arbitrados critérios de exclusão para o modelo. Os municípios com coberturas de primeira consulta maiores que 100% em cada faixa e aqueles que concentram o lançamento dos dados em apenas uma faixa etária foram excluídos. Mesmo assim, existem limitações inerentes ao tipo de dado utilizado, como super e subnotificação²¹. No ano de 2008, foram excluídos 24% dos municípios, valor que foi decaindo a cada ano, com apenas 3% dos municípios excluídos em 2018.

Foram realizadas análises descritivas (mediana, valor mínimo, valor máximo, intervalo interquartil, frequências e porcentagens) e análises exploratórias dos dados. A seguir, modelos Generalized Estimating Equations (GEE) foram estimados para analisar as relações brutas e ajustadas entre a cobertura de saúde bucal e a cobertura da primeira consulta no decorrer do tempo. O procedimento GEE foi utilizado para levar em consideração as correlações entre as medidas repetidas nos mesmos municípios ao longo do tempo. A análise múltipla levou em conta a hierarquização das variáveis, sendo consideradas como variáveis do Bloco 1 o ano e as variáveis econômicas e do Bloco 2 a cobertura de Saúde Bucal, de Equipe de Saúde Bucal e Cobertura Equivalente. As variáveis do Bloco 1 foram introduzidas primeiramente no modelo e depois as do Bloco 2, com ajuste para as variáveis do mesmo bloco e blocos anteriores. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo Quasi-Likelihood Under the Independence Model Criterion (QIC). As análises foram realizadas no programa SAS, sendo considerado nível de significância de 5%²².

Resultados

A distribuição de acordo com o estrato PMAQ – AB demonstra a grande quantidade de municípios de pequeno porte no Estado e com pontuação baixa quando se analisam características sociodemográficas. São 52,3% dos municípios classificados no estrato 1 e apenas 15 municípios (1,8%) no estrato 6. Para o estrato 2, são 16,6%, o 3 com 6,9%, 17,1% para o estrato 4 e 5,3% para o 5.

Na análise descritiva da cobertura de Equipe de Saúde Bucal (eSB), cobertura Equivalente (eEQ) e cobertura de Saúde Bucal (SB) no Estado de Minas Gerais entre os anos de 2008 a 2018, nota-se grande variabilidade entre as cidades, tanto em 2008, com cobertura de eSB, eEQ e SB variando de 1% a 100%, como em 2018, com cobertura de eSB variando de 3% a 100%, eEQ variando de 0% a 100% e de SB variando de 2% a 100%.

Já para cobertura de primeira consulta odontológica programática por faixa etária (Tabela 1) observa-se que em 2008 a mediana do Estado para a faixa de 5 a 19 anos era de 19%, com grande variação entre as cidades, de 0% a 98%. Em 2018 a mediana do Estado foi de 17%, variando de 0 a 100%. Para a faixa etária de 20 a 64 anos, a mediana de cobertura passou de 6% (variando de 0% a 79%) em 2008 para 9% (variando de 0 a 54%) em 2018.

Tabela 1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática por faixa etária dos municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2008 a 2018.

Ano	5 a 19 anos		20 a 64 anos	
	Mediana (mínimo-máximo)	Intervalo interquartil	Mediana (mínimo-máximo)	Intervalo interquartil
2008	0,19 (0,00-0,98)	0,24	0,06 (0,00-0,79)	0,08
2009	0,22 (0,00-1,00)	0,23	0,08 (0,00-0,91)	0,10
2010	0,24 (0,00-0,99)	0,24	0,09 (0,00-0,77)	0,10
2011	0,22 (0,00-0,89)	0,22	0,08 (0,00-0,51)	0,08
2012	0,19 (0,00-0,98)	0,21	0,08 (0,00-0,75)	0,10
2013	0,20 (0,00-0,95)	0,22	0,08 (0,00-0,62)	0,09
2014	0,18 (0,00-0,98)	0,21	0,08 (0,00-0,68)	0,08
2015	0,20 (0,00-1,00)	0,24	0,09 (0,00-0,99)	0,11
2016	0,22 (0,00-1,00)	0,24	0,10 (0,00-0,85)	0,12
2017	0,24 (0,00-0,98)	0,25	0,13 (0,00-0,80)	0,13
2018	0,17 (0,00-1,00)	0,18	0,09 (0,00-0,54)	0,10

Fonte: Ministério da Saúde⁵.

Houve associação significativa entre a cobertura de saúde bucal (SB) e a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária de 5 a 19 anos (Tabela 2). Entre os municípios com cobertura de saúde bucal menor que 100%, 29,6% apresentam cobertura de primeira consulta programática maior que 20% (mediana do Estado), já entre os municípios com 100% de cobertura de saúde bucal, essa porcentagem é de 53,4%. A prevalência de municípios com maior cobertura de primeira consulta odontológica programática é 18% maior entre os municípios com 100% de cobertura de saúde bucal ($p < 0,05$).

Tabela 2. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária entre 5 e 19 anos dos municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2008 a 2018 e a cobertura de Saúde Bucal, ajustadas para as variáveis econômicas.

Variável	Categoria	Maior Cobertura	Análise bruta				Análise ajustada			
			β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor	β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor
		<u>>20,0%*</u> (%)								
Bloco 1										
Ano		-	0,0075 (0,0014)	0,0049- 0,0102	1,01 (1,00- 1,01)	<0,0001	0,0048 (0,0014)	0,0022- 0,0075	1,01 (1,00- 1,01)	0,0004
PIB	≤10.363*	45,1%	0,0332 (0,0121)	0,0095- 0,0570	1,03 (1,01- 1,06)	0,0062				
	>10.363	40,4%			Ref					
IDH	≤0,67*	47,4%	0,0652 (0,0144)	0,0370- 0,0934	1,07 (1,04- 1,09)					
	>0,67	38,1%			Ref	<0,0001				
Bloco 2										
Cobertura de Saúde Bucal	<100,0%*	29,6%			Ref	<0,0001			Ref	
	100,0%	53,4%	0,1690 (0,0121)	0,1443- 0,1937	1,18 (1,16- 1,21)		0,1658 (0,0127)	0,1408- 0,1907	1,18 (1,15- 1,21)	<0,0001

*Mediana. \$Razão de prevalência. #Intervalo de confiança. QIC=106207,25.

Fonte: Ministério da Saúde⁵ / IBGE¹⁶ / FJP¹⁵.

Também houve associação significativa entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária de 5 a 19 anos e a cobertura da eSB e eEQ (Tabela 3). Entre as cidades com menor cobertura de eSB e eEQ, 33,1% e 39,6% apresentam cobertura de primeira consulta maior que 20,0%, respectivamente. Já entre as cidades com maior cobertura essas porcentagens são de 55,3% e 48,6%, respectivamente. A prevalência de municípios com cobertura de primeira consulta maior que 20,0% é 16% e 7% maior entre os municípios com maior cobertura de eSB e eEQ, respectivamente, $p < 0,05$.

Tabela 3. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária entre 5 e 19 anos dos municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2008 a 2018 e as coberturas de equipe de Saúde Bucal (eSB) e Cobertura Equivalente (eEQ), ajustadas para as variáveis econômicas.

Variável	Categoria	Maior Cobertura	Análise bruta				Análise ajustada			
			β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor	β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor
			>20,0* (%)							
Bloco 1										
Ano		-	0,0075 (0,0014)	0,0049-0,0102	1,01 (1,00-1,01)	<0,0001	0,0048 (0,0014)	0,0021-0,0075	1,00 (1,00-1,01)	0,0005
PIB	≤10.363*	45,1%	0,0332 (0,0121)	0,0095-0,0570	1,03 (1,01-1,06)	0,0062				
	>10.363	40,4%			Ref					
IDH	≤0,67*	47,4%	0,0652 (0,0144)	0,0370-0,0934	1,07 (1,04-1,09)	<0,0001				
	>0,67	38,1%			Ref					
Bloco 2										
eSB	≤0,95*	33,1%			Ref	<0,0001			Ref	
	>0,95	55,3%	0,1542 (0,0125)	0,1298-0,1787	1,17 (1,14-1,20)		0,1516 (0,0125)	0,1271-0,1760	1,16 (1,14-1,19)	<0,0001
eEQ	≤0,30*	39,6%			Ref	<0,0001			Ref	
	>0,30	48,6%	0,0625 (0,0125)	0,0380-0,0871	1,06 (1,04-1,09)		0,0678 (0,0118)	0,0447-0,0909	1,07 (1,05-1,10)	0,0001

*Mediana. $^{\$}$ Razão de prevalência. $^{\#}$ Intervalo de confiança. QIC=106187,80.

Fonte: Ministério da Saúde⁵ / IBGE¹⁶ / FJP¹⁵.

Da mesma forma, houve associação significativa entre a cobertura de primeira consulta e cobertura de saúde bucal ($p < 0,05$) na faixa etária de 20 a 64 anos (Tabela 4). Entre os municípios com menos de 100% de cobertura de saúde bucal, 25,9% apresentaram cobertura de primeira consulta maior que 9% (mediana do Estado), já entre os municípios com 100% de cobertura essa porcentagem aumenta para 53,0% ($p < 0,05$). A prevalência de cidades com cobertura de primeira consulta maior que 9% é 20% maior entre as cidades com maior cobertura de saúde bucal ($p < 0,05$).

Tabela 4. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária entre 20 a 64 anos dos municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2008 a 2018 e a cobertura de Saúde Bucal (SB), ajustadas para as variáveis econômicas.

Variável	Categoria	Maior Cobertura	Análise bruta				Análise ajustada			
			β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor	β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor
			>9,0* (%)							
Bloco 1										
Ano		-	0,0194 (0,0013)	0,0168- 0,0219	1,02 (1,02- 1,02)	<0,0001	0,0164 (0,0014)	0,0138- 0,0191	1,02 (1,01- 1,02)	<0,0001
PIB	≤10.363*	41,1%	0,0035 (0,0126)	-0,0211- 0,0282	1,08 (1,05- 1,11)	0,7783				
	>10.363	40,6%			Ref					
IDH	≤0,67*	46,0%	0,0731 (0,0147)	0,0442- 0,1019	1,08 (1,05- 1,11)	<0,0001				
	>0,67	35,7%			Ref					
Bloco 2										
Cobertura de Saúde Bucal	<100,0%*	25,9%			Ref	<0,0001			Ref	
	100,0%	53,0%	0,1946 (0,0124)	0,1704- 0,2188	1,21 (1,19- 1,24)		0,1837 (0,0126)	0,1590- 0,2084	1,20 (1,17- 1,23)	<0,0001

*Mediana. \$Razão de prevalência. #Intervalo de confiança. QIC=110343,09

Fonte: Ministério da Saúde⁵ / IBGE¹⁶ / FJP¹⁵.

Na Tabela 5 pode-se observar os resultados das associações com eSB e eEQ, para a faixa etária de 20 a 64 anos. Houve associação significativa entre as coberturas de eSB e eEQ e a cobertura de primeira consulta ($p < 0,05$). Entre as cidades com menor cobertura de eSB e eEQ, 29,6% e 39,3% apresentam cobertura de primeira consulta maior que 9%, já entre os municípios com maior cobertura essas porcentagens aumentam para 55,5% e 43,8%, respectivamente ($p < 0,05$). A prevalência de municípios com cobertura de primeira consulta maior que 9% é 18% e 4% maior entre os municípios com maior cobertura de eSB e eEQ, respectivamente, $p < 0,05$.

Tabela 5. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática na faixa etária entre 20 a 64 anos dos municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2008 a 2018 e as coberturas de equipe de Saúde Bucal (eSB) e Cobertura Equivalente (eEQ), ajustadas para as variáveis econômicas.

Variável	Categoria	Maior Cobertura	Análise bruta				Análise ajustada			
			β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor	β (erro padrão)	IC95%	\$RP (#IC95%)	p-valor
			>9,0* (%)							
Bloco 1										
Ano		-	0,0194 (0,0013)	0,0168-0,0219	1,02 (1,02-1,02)	<0,0001	0,0161 (0,0014)	0,0134-0,0187	1,02 (1,01-1,02)	<0,0001
PIB	≤10.363*	41,1%	0,0035 (0,0126)	-0,0211-0,0282	1,08 (1,05-1,11)	0,7783				
	>10.363	40,6%			Ref					
IDH	≤0,67*	46,0%	0,0731 (0,0147)	0,0442-0,1019	1,08 (1,05-1,11)	<0,0001				
	>0,67	35,7%			Ref					
Bloco 2										
eSB	≤0,95*	29,6%			Ref	<0,0001			Ref	
	>0,95	55,5%	0,1820 (0,0126)	0,1574-0,2066	1,20 (1,17-1,23)		0,1689 (0,0128)	0,1439-0,1940	1,18 (1,15-1,21)	<0,0001
eEQ	≤0,30*	39,3%			Ref	0,0137			Ref	
	>0,30	43,8%	0,0317 (0,0129)	0,0065-0,0570	1,03 (1,01-1,06)		0,0413 (0,121)	0,0177-0,0649	1,04 (1,02-1,07)	0,0006

*Mediana. \$Razão de prevalência. #Intervalo de confiança. QIC=110329,74.

Fonte: Ministério da Saúde⁵ / IBGE¹⁶ / FJP¹⁵.

A utilização dos estratos do PMAQ – AB, como variáveis de ajuste, nos mesmos modelos aqui apresentados, resultou em valores iguais aos já apresentados para ambas as faixas etárias.

Discussão

Na utilização de dados secundários cabem ressalvas quanto à confiabilidade dos registros. Apesar de os sistemas que disponibilizam essas informações serem oficiais, persistem problemas locais quanto à padronização no registro da primeira consulta odontológica programática que vez ou outra pode ser subnotificada ou superdimensionada¹⁴. A disponibilização dos bancos de dados dos sistemas, com informações consistentes, é uma medida que deve ser instituída buscando subsidiar as ações de planejamento em todos os níveis. Além disso fomentam pesquisas que podem auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas.

Quando se analisa a situação do Estado de Minas Gerais, percebe-se a predominância da cobertura de eSB com a mediana de 82% a 100% entre os anos de 2008 e 2018. Enquanto a cobertura eEQ tem sua mediana de 27% a 36% no mesmo período. Lamy et al.²⁴ em um estudo longitudinal, de 2005 a 2012, observaram um aumento de 118,6% na cobertura de eSB em Minas Gerais, sendo apenas 20,6% em 2005 e 44,6% em 2012. Para Mattos et al⁷ a grande maioria dos gestores entrevistados consideraram o incentivo financeiro para implantação das eSB muito necessário, entretanto, citaram a mudança no modelo tecno-assistencial para alcance dos princípios do SUS como grande motivador para inserção das equipes. Em um estudo nacional, Chaves et al²⁵ encontraram um aumento de 5,8% na cobertura de ESB em 2017 quando comparada a 2016, valores menores que nos anos anteriores.

A associação entre a cobertura de serviços e o indicador escolhido para acesso foi significativa para todas as formatações e tipos de equipe de saúde bucal. Entretanto foram mais positivos para eSB frente a eEQ. Inúmeros autores chegaram a resultados semelhantes, associando o aumento da cobertura potencial de serviços ao aumento de sua utilização^{26,27,28,29}.

Em um estudo na região metropolitana de Curitiba, Marques et al³⁰ encontraram correlação positiva entre a cobertura de primeiras consultas odontológicas programáticas e a cobertura de eSB, apesar disso, houve associação entre a cobertura de primeiras consultas e a média de exodontias por habitante. Rocha e Góes³¹, por outro lado, não encontraram associação entre residir em área coberta pela eSB e acesso aos serviços de saúde bucal. Vários estudos encontraram desfechos favoráveis à eSB frente a outros modelos, como a maior resolatividade nas unidades que eram cobertas pelas eSB que nos modelos tradicionais, com mais de 40% de diferença entre os tratamentos concluídos⁶ e o número de urgências diminuídos, possivelmente atribuída à continuidade do tratamento, às ações de promoção e prevenção realizados pela eSB³². O resultado da associação do indicador de primeira consulta com a cobertura de eSB é melhor em ambas as faixas etárias estudadas, sendo a RP igual a 1,16 para a faixa de 5 a 19 e 1,18 para 20 a 64 frente a 1,07 e 1,04 da eEQ para as mesma faixas. A mudança de modelo, com a predominância das eSB, deve vir acompanhada de ações de monitoramento e avaliação local, que se utilizem dos dados produzidos no serviço, aliadas a momentos de educação e envolvimento de gestores, servidores e população na construção de um sistema que não seja excludente e amplie o acesso.

Os indicadores socioeconômicos dos municípios não apresentaram participação significativa no modelo, o mesmo para os estratos PMAQ-AB, contudo, em decorrência do delineamento do estudo, não é possível extrapolar os achados para níveis individuais. Algumas pesquisas que abordam o indivíduo, chegaram à conclusão que pessoas com maior renda, percepção de saúde bucal e escolaridade utilizaram mais os serviços^{33,27}. Já Fernandes et al³⁵ observaram uma tendência pró-equidade da cobertura de primeira consulta odontológica programática, com os municípios com menor IDH apresentando maiores coberturas de utilização dos serviços, possivelmente associadas com o incentivo financeiro diferenciado para municípios com condições menos favoráveis. Não obstante, trata-se de um estudo de base

nacional, com os dados agregados por unidade federativa, que não considera as diferenças intraestaduais, o que pode influenciar no resultado.

A cobertura de primeira consulta odontológica programática, rotineiramente, é estudada com população total de determinado local sem sua discriminação por idade, apesar das possibilidades de uso. Nos resultados obtidos é possível notar que a cobertura sobre a população de crianças e jovens (5 a 19 anos) permanece sem grandes alterações em todos os anos avaliados, com a mediana de 19% em 2009 e 17% em 2018, com um pico de 24% em 2017. O mesmo ocorrendo para a faixa etária de adultos (20 a 64 anos), com a manutenção de valores da mediana entre 6%, em 2008, a 13%, em 2017. No período analisado não foram observadas diminuições abruptas do indicador em nenhum ano, diferentemente dos resultados obtidos por Chaves et al²⁵ em que, entre 2015 e 2017, houve considerável queda, possivelmente relacionada à inclusão do sistema e-sus na captação das informações. A disponibilização dos dados captados pelo novo sistema não se faz, no momento, pelos tabuladores do DATASUS, sendo necessário formalizar requisição utilizando a Lei de Acesso à Informação. O aumento, em ambas as faixas etárias, no ano de 2017, pode estar relacionado à alimentação simultânea de dois sistemas de informação pelos municípios. Situação que se inverte em 2018, podendo, o registro individual via esus, contribuir para evitar o lançamento incorreto do procedimento.

O terceiro ciclo do PMAQ-AB estabelece um parâmetro de 15% de cobertura da primeira consulta odontológica programática, da população de referência, por equipe, anualmente⁸, e o Ministério da Saúde, um valor de 30% da população geral ao ano³⁷. O resultado da mediana acima de 15%, em todo o período analisado, para a faixa etária de 5 a 19 anos, pode demonstrar uma média de acesso satisfatório da idade. O que não se observa para a faixa de 20 a 64 anos, com mediana abaixo de 10% em oito dos dez anos avaliados. Levando-se em consideração a recomendação do MS³⁷, a cobertura é deficitária em ambas as faixas. Contudo é imprescindível que realidades locais sejam levadas em consideração nas avaliações dos

programas como, por exemplo, a comparação das consultas programadas e por demanda espontânea. As pesquisas que envolvem avaliações em saúde bucal têm capacidade de apoiar o desenvolvimento de ações buscando a implementação de práticas que visem à qualidade da atenção que se oferece³⁸. O acesso aos serviços pode impactar positivamente na vida das pessoas mesmo que a utilização não promova mudanças nas necessidades em saúde³⁹.

A diferença entre a cobertura da primeira consulta entra as faixas etárias pode demonstrar, ainda, um privilegiamento da atenção aos escolares nos municípios mineiros. Silveira Pinto et al.⁴⁰ sugere achado semelhante na avaliação dos resultados do SB Minas Gerais, pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira, realizado em 2012. A idade de 12 anos foi a única a ter o serviço público como principal via de acesso às ações de odontologia. Pereira et al.⁴¹, em um estudo da incorporação da equipe de saúde bucal no programa saúde da família observou a manutenção de estratégias convencionais para priorizar a atenção odontológica a crianças menores de 12 anos, concluindo que as práticas das equipes se mantêm atrelada ao modelo tradicional. É importante que a abrangência dos serviços de saúde bucal seja disponibilizada a porcentagens cada vez maiores da população. Deve-se buscar integrar o adulto às ações uma vez que é grupo com maior impacto na vida diária causada por problemas dentários no Estado, maior acúmulo de necessidades de tratamento e o que tem maior dificuldade de acesso¹⁰. Não obstante, além da disponibilidade dos serviços, os processos de trabalho devem ser organizados de forma a respeitar os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde e da PNSB.

Por fim, com a publicação da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, a Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴², mudanças significativas são inseridas na organização do setor, com, por exemplo, a permissão de diferentes formatações da equipe. A Portaria 2.539 de 26 de setembro de 2019⁴³ definiu os valores financeiros de incentivo para essas equipes. Dessa forma as eSB modalidade I com carga horária de 20 horas fazem jus à 50% do valor de

uma eSB modalidade I de 40 horas. Mesmo que a portaria traga vedação à substituição das eSB já implantadas pela nova formatação, o gestor pode optar pelo modelo nas novas equipes. Cabe lembrar o efeito indutor promovido pelos incentivos financeiros que foram cruciais para o aumento da cobertura da eSB⁷. Essa mesma estratégia pode atuar na diminuição da implantação de novas equipes de saúde bucal (eSB) de 40 horas dando preferência a uma formatação semelhante à eEQ a qual tem um impacto menor no acesso da população, como observado no presente estudo. Para Morosini et al.⁴⁴, os pontos mais importantes da Nova PNAB dizem respeito à relativização da universalidade, a determinação de padrões distintos de serviços, a nova composição de equipes e os novos processos de trabalho.

A cobertura de serviços, composta pela cobertura de equipes de saúde bucal, cobertura de equipes equivalentes e cobertura de saúde bucal na atenção básica, tem participação significativa no acesso efetivado da população, das faixas etárias de 5 a 19 e 20 a 64 anos, às ações programáticas de saúde bucal, quando se utiliza o indicador de primeira consulta odontológica programática para aferição.

Referências

1. Cayetano M, Carrer F, Gabriel M, Martins F, Pucca Jr. G. Política Nacional de Salud Bucal Brasileña (Brasil Sonriente): Un rescate de la historia, el aprendizaje y el futuro para ser compartidos. *UO* [periódico na Internet]. 2019 6 Abr. [acessado 2019 Nov. 12]; 38(80): [cerca de 23 p.] Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25629>.
2. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.

3. Ministério da Saúde (BR). *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [na internet]. Brasília; 2017 [acessado 2019 Mar. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

4. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus, Actas de Saude Colet*. [periódico na internet]. 2011 Maio 11 [acessado 2019 Mar 20]; 5(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/95>.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). e-Gestor, informação e gestão da atenção básica. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura de Saúde Bucal. [na internet]. 2019. [acessado 2019 Ago. 16]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.

6. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, Pereira AC. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2014 Fev [acessado 2019 Dez 8]; 19(2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200383&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>.

7. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2014 Fev [acessado 2019 Jul 13]; 19(2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>.

8. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)*. [na internet]. 2017 [acessado 2019 Jul 29]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde* [na internet]. 2018 [acessado 2019 Jul 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

10. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais – BR). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. *Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais*. [na internet]. 2013 [acessado 2017 Set 5]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SBMinas_Relatorio_Final.pdf.

11. Datasus (BR). TABWIN. *Ferramentas de tabulação*. [na internet]. 2019 [acessado 2019 Jun 9]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/ferramentas/tabwin>>.

12. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (BR). Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC). [na internet]. 2019 [acessado 2019 Jun 12]. Disponível em: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>.

13. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [periódico na internet] 2011 Nov 18 [acessado 2019 Mar 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm .

14. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Acioli RML, Souza WV. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. *Cad. Saúde colet.* [periódico na internet]. 2014 Mar [acessado 2019 Dez 1]; 22(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100054&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010009>.

15. Fundação João Pinheiro (Minas Gerais). Diretoria de Estatística e Informações. *Projeções populacionais: Minas Gerais e territórios de desenvolvimento 2010-2060*. [na internet]. 2018 [acessado 2019 Jan 29]. Disponível em:
http://fjp.mg.gov.br/index.php?option=com_docman&view=document&alias=974-projecoes-populacionais-municipais-idade-simplescom-pop-2019-atualizada-15102019&category_slug=direi-2019&Itemid=374.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico: resultados preliminares, 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. População Residente – Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo. [na internet]. 2019 [acessado 2019 Jan 29]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>.
18. Fundação João Pinheiro (Minas Gerais). Diretoria de Estatística e Informações. *Produto Interno Bruto de Minas Gerais - PIB*. [na internet]. 2018. [acessado 2019 Jan 29]. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2745-produto-interno-bruto-de-minas-gerais-pib-2>.
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do desenvolvimento humano dos municípios* PNUD. [na internet]. 2013. [acessado 2019 Mar 20]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> » <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ): Manual instrutivo*. [na internet]. 2012 [acessado 2019 Mar 3]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>.
21. Cavalcante Costa R, Lima ARI, Vicente RL, Gondim VAM. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [periódico na internet]. 2018 [acessado 2019 Nov 20]; 6(2): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955513011>.
22. SAS Institute Inc. 2019. SAS® Studio 3.8: User's Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc.
23. Rossi TRA, Chaves SCL, Almeida AMFL, Santos CML, Santana SF. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde debate* [periódico na internet]. 2018 Out [acessado 2019 Dez 4]; 42(119): [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400826&lng=en.
24. Lamy RLRF. *Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
25. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate* [periódico na internet]. 2018 Out [acessado 2019 Dez 8]; 42(spe2): [cerca de 16 p.]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600076&lng=en.

26. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na internet]. 2010 Mar [acessado 2019 Nov 17]; 13(1): [cerca de 12 p.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100012&lng=en.

27. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBEI, Silva FFM, Antunes JLF. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na internet]. 2010 Mar [acessado 2019 Dez 8]; 13(1): [cerca de 12 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100014&lng=en.

28. Celeste RK, Vital JF, Wunger WL, Reichenhein ME. Séries de procedimentos odontológicos realizados nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2019 Mar 13]; 16(11): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a25v16n11.pdf>.

29. Barros SG, Cangussu MCT, Cruz DN, Silva LOR, Roncalli AG. Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. *Rev Saude Col* [periódico na internet]. 2017 Jan [acessado em 2019 Nov 23]; 6(2): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/1212/918>.

30. Marques AB, Oneda G, Buffon MCM, Ditterich RG. Sistemas de Informações como ferramenta de monitoramento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família da região metropolitana de Curitiba-PR. *Rev bras pesqui saúde* [periódico na internet]. 2014 Jan 1 [acessado 2019 Nov 23]; 16(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path%5B%5D=8494>.
31. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 Dez [acessado 2019 Dez 1]; 24(12): [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2008001200016&lng=en.
32. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na internet]. 2015 Set [acessado 2019 Dez 10]; 24(3): [cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300545&lng=en.
33. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2019 Dez 8]; 19(2): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23252012>>.

34. Azevedo, MB, Pinto RS, Abreu MHNG, Lucas SD. Factors associated with the needs of specialised dental treatment among adults aged 35-44 years old in the state of Minas Gerais: A multilevel cross-sectional study.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2018 Dez. [acessado 2019 Dez 8]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/factors-associated-with-the-needs-of-specialised-dental-treatment-among-adults-aged-3544-years-old-in-the-state-of-minas-gerais-a-multilevel-crosssectional-study/17064?id=17064>.
35. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2016 Fev 23 [acessado 2019 Dez 8]; 32(2): e00021115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000200701&lng=en.
36. Warmling CM, Baldisserotto J, Rocha ET. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [periódico na internet]. 2019 Abr 4 [acessado 2019 Dez 8]; 23: e180398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180398>>
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Série Parâmetros SUS, v. 1.

38. Martins LGT, Lacerda JT, Nickel DA, Traebert J. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2016 [acessado 2019 Dez 9]; 32(3): e00006415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300701&lng=en.
39. Bulgareli J, Faria E, Cortellazzi I K, Guerra L, Meneghim M, Ambrosano GM, Frias AC, Pereira AC. Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev. saúde pública* [periódico na internet]. 2018 Abr 5 [acessado 2019 Dez 9]; 52(44): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/145025>.
40. Silveira Pinto R, Lopes Leal D, Silva Santos J, Giuseppe Roncalli A. Projeto SB Minas Gerais 2012: Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira – Métodos e Resultados Principais. *Arq Odontol* [internet]. 2018 Dez 24 [acesso 2019 Nov 17] 540. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivoosemodontologia/article/view/3733>.
41. Pereira CR, Patrício AA, Araújo FA, Lucena EE, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):985–996.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017 [acesso 2019

Mar 20]. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – e AP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – e SB com carga horária diferenciada. Brasília; 2019 [acesso 2019 Nov 30].

Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-2-539/>

44. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):11-24.

3 CONCLUSÃO

Após a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal e da inserção da Equipe de Saúde Bucal dentro da lógica dos processos de trabalho da Saúde da Família, espera-se um rompimento com um modelo excludente, focado na demanda espontânea e mutilador, ampliando o acesso e buscando a universalidade. O uso de indicadores de acesso e utilização dos serviços contribui para o monitoramento e a avaliação da execução das ações conforme preconizado nos documentos oficiais. Entretanto deve ser reforçado aos profissionais a necessidade de registro correto das ações que são realizadas. A utilização dos dados disponibilizados pelos sistemas de informação do SUS são essenciais nessa busca, assim, o acesso aos bancos de dados dos sistemas mais novos precisa ser facilitado. A associação entre a cobertura de serviços, principalmente a eSB, e o acesso, representado aqui pela primeira consulta odontológica programática, demonstra a importância que implantação e a manutenção dos serviços tem para a população. As eSB tem um efeito mais positivo no acesso que o modelo equivalente sugerindo que as novas formatações, propostas pelo MS e com inédito financiamento, não promovam o impacto que se intenciona.

REFERÊNCIAS

Azevedo, MB, Pinto RS, Abreu MHNG, Lucas SD. Factors associated with the needs of specialised dental treatment among adults aged 35-44 years old in the state of minas gerais: A multilevel cross-sectional study. Cien Saude Colet [internet] 2018 Dez; [acesso 2019 Dez 8]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/factors-associated-with-the-needs-of-specialised-dental-treatment-among-adults-aged-3544-years-old-in-the-state-of-minas-gerais-a-multilevel-crosssectional-study/17064?id=17064>.

Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBEI, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev. bras. epidemiol. [internet]. 2010 Mar; [acesso 2019 Dez 8] 13(1): 150-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100014>.

Barros SG, Cangussu MCT, Cruz DN, Silva LOR, Roncalli AG. Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. Rev Saude Col [internet]. 2017 Jan; [acesso 2019 Nov 23] 6(2): 37-42. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/1212/918>.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 1988.

Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Datasus. TABWIN. Ferramentas de tabulação. 2019. [acesso 2019 Jun 9]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/ferramentas/tabwin>.

Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 nov 2011. [acesso 2019 Mar 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. [Internet] População Residente – Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo. [acesso 2019 Jan 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defetohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília; 2019 [acesso 2020 Jan 03]. Disponível em <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017b [acesso 2019 Mar 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília; 2017a. [acesso 2019 Jul 29]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso 2019 Jul 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso 2019 Mar 3]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Série Parâmetros SUS, v. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). e-Gestor, informação e gestão da atenção básica. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura de Saúde Bucal. 2019 [acesso 2019 Ago 16]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.

Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC). Brasília: 2019

[acesso em 2019 Jun 12]. Disponível em:
<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>.

Brasil. Portaria GM/MS nº 2.848 de 08 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Portaria GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 267, de 06 de março de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL et al. A resolatividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cien Saude Colet* [internet]. 2014 Fev [acesso 2019 Dez 8] 19(2): 383-91. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200383&lng=en.

Cavalcante Costa R, Lima ARI, Vicente RL, Gondim VAM. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [internet]. 2018 [acesso 2019 Dez 8] 6(2): 212-19. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955513011>.

Cayetano M, Carrer F, Gabriel M, Martins F, Pucca Jr. G. Política Nacional de Salud Bucal Brasileña (Brasil Sonriente): Un rescate de la historia, el aprendizaje y el futuro para ser compartidos. *UO* [internet]. 2019 Abr 6 [acesso 2019 Nov 24] 38(80). Disponível em:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25629>.

Celeste RK, Vital JF, Wunger WL, Reichenhein ME. Séries de procedimentos odontológicos realizados nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007. *Cien Saude Colet* [internet] 2011 [acesso 2019 Mar 13] 16(11): 4523-32, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a25v16n11.pdf>.

Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate* [internet]. 2018 Out [acesso 2019 Dez 8] 42(spe2): 76-91. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600076&lng=en.

Contarato P. Política Nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Silveira Pinto R, Lopes Leal D, Silva Santos J, Giuseppe Roncalli A. Projeto SB Minas Gerais 2012: Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira – Métodos e Resultados Principais. Arq Odontol [internet]. 2018 Dez 24 [acesso 2019 Nov 17] 540. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/3733>.

Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Pattussi MP. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. Cien Saúde Colet [internet]. 2016 Maio [acesso 2019 Nov 24] 21(5): 1607-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501607&lng=en.

Fernandes JKB, Pinho JR, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?. Cad. Saúde Pública [internet]. 2016 Fev 23 [acesso 2017 Out 30] 32(2): e00021115. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000200701&lng=en.

Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol. [internet]. 2010 Mar [acesso 2019 Nov 17] 13(1): 126-38. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100012&lng=en.

Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. Cien Saude Colet [internet]. 2014 [acesso 2019 Dez 8] 19(2): 629-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23252012>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: resultados preliminares, 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

Lamy, RLRFF. Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 117 f.

Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus, Actas de Saude Colet*. [internet]. 2011 [acesso 2019 Maio 11] 5(3):53-63. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/95>.

Marques AB, Oneda G, Buffon MCM, Ditterich RG. Sistemas de Informações como ferramenta de monitoramento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família da região metropolitana de Curitiba-PR. Rev bras pesqui saúde. 2013 [acesso 2019 Nov 23] 16(1). Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path%5B%5D=8494>.

Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saúde Colet.* [internet]. 2014 Fev [acesso 2019 Jul 13] 19(2):373-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>.

Minas Gerais. Fundação João Pinheiro, Diretoria de Estatística e Informações. Produto Interno Bruto de Minas Gerais - PIB – Belo Horizonte: FJP, 2018. [acesso 2019 Jan 29]. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2745-produto-interno-bruto-de-minas-gerais-pib-2>.

Minas Gerais. Fundação João Pinheiro, Diretoria de Estatística e Informações. Projeções populacionais: Minas Gerais e territórios de desenvolvimento 2010-2060. Belo Horizonte: FJP, 2018. [acesso 2019 Jan 29]. Disponível em: http://fjp.mg.gov.br/index.php?option=com_docman&view=document&alias=974-projecoes-populacionais-municipais-idade-simplescom-pop-2019-atualizada-15102019&category_slug=direi-2019&Itemid=374.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. Belo Horizonte: SES-MG, 2013. [acesso 2017 Set 5]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SBMinas_Relatorio_Final.pdf.

Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. 2017. [acesso 2019 Dez 8]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010153>

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica - Relatório de Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica. 2017. [acesso 2019 Dez 8]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_SB.pdf.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate.* 2018;42(116):11-24.

Moysés S, Goes P. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008 Fev [acesso 2017 Nov 2] 24(2): 241-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200002&lng=en.

Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Acioli RML, Souza WV. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the

Family Health Strategy. Cad. Saúde colet. [internet]. 2014 Mar [acesso 2019 Dez 1] 22(1): 54-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100054&lng=en.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano dos municípios PNUD; 2013. [acesso 2019 Mar 20]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> » <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 Dez [acesso 2019 Dez 1] 24(12): 2871-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200016&lng=en.

Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Oral health epidemiology and surveillance models in Brazil. Cad Saúde Pública, 2012; 28(supl): s58-s68.

Rossi TRA, Chaves SCL, Almeida AMFL, Santos CML, Santana SF. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. Saúde debate [internet]. 2018 Out [acesso 2019 Dez 4] 42(119): 826-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400826&lng=en.

SAS Institute Inc. 2019. SAS® Studio 3.8: User's Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc.

Warmling CM, Baldisserotto J, Rocha ET. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. Interface - *Comunic, Saude, Educ* [internet]. 2019 Abr 4 [acesso 2019 Dez 8] 23:e180398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180398>>.

ANEXO 1 – Relatório de Verificação de Originalidade e Prevenção de Plágio

ANÁLISE LONGITUDINAL DA ABRANGÊNCIA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA EM FUNÇÃO DA COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

ORIGINALITY REPORT

21 %	16 %	18 %	7 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	scielosp.org Internet Source	3 %
2	teses.usp.br Internet Source	1 %
3	Keyla Medeiros Maia Silva, Delma Perpétua Oliveira de Souza. "Tabagismo: abuso físico parental e fatores associados entre pacientes dos ambulatórios do Hospital Universitário Júlio Muller, Cuiabá (MT), 2013", Cadernos Saúde Coletiva, 2013 Publication	1 %
4	cardiab.biomedcentral.com Internet Source	1 %
5	bvsms.saude.gov.br Internet Source	1 %
6	saudeemdebate.emnuvens.com.br Internet Source	1 %

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP - UNICAMP

Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP

OF. CEP/FOP N.º 011/2018

Piracicaba, 19 de junho de 2018.

Ilmo. Dr.

Augusto Cesar Sousa Raimundo

Departamento de Odontologia Social

Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP

Prezado Dr. Augusto,

Após analisar a documentação apresentada por VSa., com respeito ao manuscrito **"Análise Longitudinal da Abrangência da Primeira Consulta odontológica Programática em Função da Cobertura de Equipes de Saúde Bucal"**, dos pesquisadores Doutores Augusto Cesar Sousa Raimundo e Profa. Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano, informo que **este manuscrito não necessita**, em princípio e de acordo com as informações oferecidas no material encaminhado, **ser submetido à análise por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**. As informações enviadas em um e-mail e o arquivo do manuscrito indicam que serão envolvidos apenas dados de acesso público e irrestrito obtidos junto ao banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Datasus, estimativas populacionais desagregadas por sexo e idade (IBGE), dados obtidos junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB), captados via tabulação do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil a partir de dados oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esclareço que as informações fornecidas sobre este manuscrito serão arquivadas no CEP-FOP-UNICAMP por cinco anos. Colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional que julgar necessária.

Cordialmente,

Prof. Jacks Jorge Junior

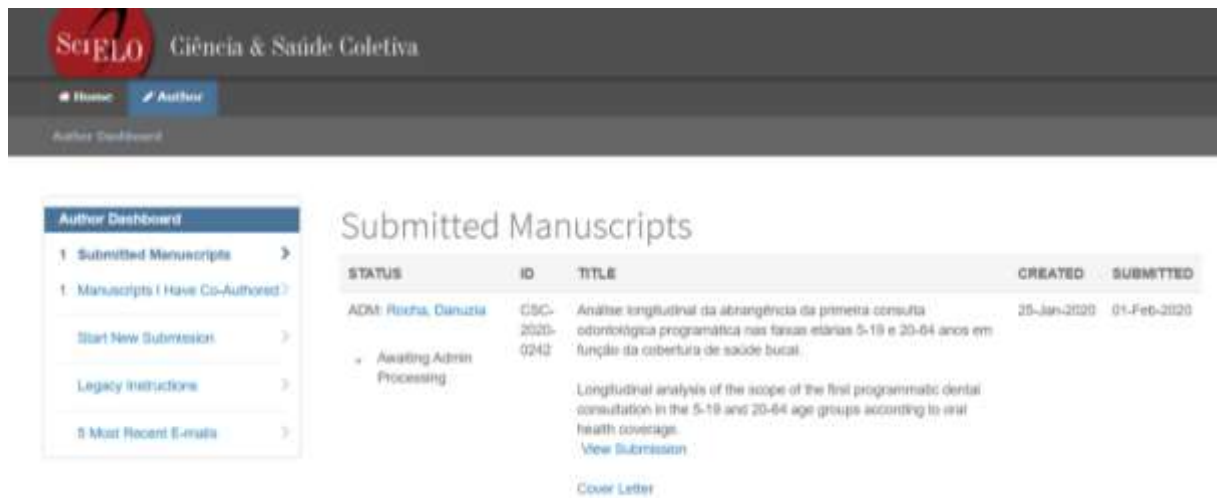
Coordenador

Av. Limeira, 901 - Bairro Areão - PIRACICABA /SP - CEP 13.414.903 - Caixa Postal 52

Fone/Fax: (19) 2106.5349 - E-Mail: cep@fop.unicamp.br

Home Page: <http://www.fop.unicamp.br/cep>

ANEXO 3 – Comprovante de Submissão do Artigo



The screenshot displays the SciELO Author Dashboard. The header includes the SciELO logo and the text "Ciência & Saúde Coletiva". Navigation links for "Home" and "Author" are present, with "Author" being the active link. Below the header, the "Author Dashboard" section is visible, containing links for "Submitted Manuscripts", "Manuscripts I Have Co-Authored", "Start New Submission", "Legacy Instructions", and "5 Most Recent E-mails". The main content area is titled "Submitted Manuscripts" and features a table with the following data:

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Rocha, Danuzia	CSC-2020-0242	Análise longitudinal da abrangência da primeira consulta odontológica programática nas faixas etárias 5-19 e 20-64 anos em função da cobertura de saúde bucal.	25-Jan-2020	01-Feb-2020
Awaiting Admin Processing		Longitudinal analysis of the scope of the first programmatic dental consultation in the 5-19 and 20-64 age groups according to oral health coverage. View Submission Cover Letter		