

Interface entre a atenção básica e a especializada na rede de saúde bucal do sistema único de saúde brasileiro

Interface between primary and specialized care in the oral healthcare network of the brazilian national health system brazilian

Maiara Mundstock Jahnke¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8801-9731>

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>

Idiana Luvison³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5765-8335>

Nilcema Figueiredo⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6181-8728>

Orlando Luiz do Amaral Júnior⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6611-3871>

Fernando Neves Hugo⁶

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2222-7719>

Resumo

A coordenação entre atenção primária e secundária é denominada interface. Características como equidade, integralidade, eficiência e eficácia são fundamentais entre os serviços de saúde bucal e fazem parte do desenvolvimento de uma interface adequada entre os serviços de saúde.

Objetivo: Verificar a interface entre a atenção básica (AB) e especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** Trata-se de um estudo multinível de abrangência nacional, que incluiu 927 centros de especialidades odontológicas (CEO) participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), considerando seu 2º ciclo de coleta.

Resultados: Os dados foram submetidos às análises das frequências relativas e absolutas, também foi realizada regressão de Poisson Multinível (Stata 11©). Observou-se que 52,53% (IC 95% 49,31-55,75) dos CEO apresentam interface mínima e 34,51% (IC 95% 31,45-37,58) interface abrangente. Na análise ajustada em ambos os desfechos, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior prevalência do desfecho, o mesmo ocorreu para regiões com IDH mais alto. **Conclusão:** Portanto realizar planejamento, receber matriciamento e garantir acesso agendado, aumenta a probabilidade de interface mínima em 60%, 30% e 31%, respectivamente. Ficam evidenciadas as desigualdades existentes entre os serviços de saúde e necessidade de maiores investimentos na gestão dos serviços de saúde no Brasil.

Palavras-chave: avaliação dos serviços de saúde; atenção primária; saúde bucal.

Abstract

The coordination between primary and secondary care is called an interface. Characteristics such as equity, comprehensiveness, efficiency and effectiveness are fundamental among oral health services and are part of the development of an adequate interface between health services. **Objective:** To verify the interface between primary and specialized care in the

¹ Fundação Municipal de Saúde de Canoas. Canoas, RS, Brasil. E-mail: odontomaiara@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas com ênfase em Saúde Coletiva. RS, Brasil. E-mail: jessyesm@hotmail.com

³ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: luvisonidiana@gmail.com

⁴ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: nilcema@uol.com.br

⁵ Pós-graduação em Ciências Odontológicas com ênfase em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: orlandodoamaraljr@gmail.com

⁶ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernando.hugo@ufrgs.br

Unified Health System. **Methods:** This is a nationwide multilevel study that includes 927 specialist centers dentists (CEO), participants of the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-AB), considering its 2nd cycle. **Results:** Data were submitted to frequency analysis and multilevel Poisson regression (Stata 11 ©). 52.53% (95% CI 49.31-55.75) of CEOs have a minimal interface and 34.51% (95% CI 31.45-37.58) have a comprehensive interface. In the adjusted analysis in both outcomes, such as South and Southeast, the highest prevalence was blurred, the same occurred for regions with higher HDI. **Conclusion:** Performing scheduled access, enrollment, and security planning increases the minimum probability of the interface by 60%, 30%, and 31%, respectively. Noteworthy are the inequalities between health services and greater investments in the management of health services in Brazil.

Keywords: health services evaluation; primary health care; oral health.

Introdução

Os sistemas de saúde respondem às necessidades de saúde da população e podem se apresentar de diversas formas, desde maneiras fragmentadas e com pontos de atenção isolados, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população, até uma forma integrada de serviços que caracteriza uma rede de atenção ^{1,2}.

No Brasil, os serviços de saúde estão organizados em rede, sendo que a Atenção Básica é a forma preferencial de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) ^{1,3}. Os serviços de Saúde Bucal no SUS têm a sua primeira proposição de rede com a Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004. Com esta política, a saúde bucal na Atenção Básica é ampliada e qualificada e são implantados os serviços de atenção especializada, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), para ofertar procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica ⁴. Como especialidades mínimas estes centros devem ofertar atendimentos de periodontia, endodontia, estomatologia, cirurgia e atendimento de paciente com necessidades especiais ⁵.

Houve uma forte expansão no acesso aos serviços de saúde bucal e a constituição de uma rede de serviços que conta com 24.666 equipes de saúde bucal (ESB) implantadas e 1033 CEOs no ano de 2016 considerando o território nacional ¹. Logo torna-se fundamental estudos que avaliem os serviços de saúde bucal e seu impacto na saúde da população brasileira.

Os autores Morris e Burke têm denominado a coordenação entre atenção primária e secundária como interface ⁶. Estes descrevem a interface ideal entre os serviços de saúde bucal, considerando as seguintes características: equidade, integralidade, eficiência e eficácia. Uma interface equitativa considera que todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados sem barreiras para receber cuidado especializado ^{6,7}. A integralidade considera que todo o tratamento necessário deve estar disponível e acessível em ambos os níveis, com acesso facilitado, a eficiência e a efetividade da interface se dão por meio de referência apropriada e no tempo adequado com a garantia da contrarreferência após o tratamento completado. Embora não exista uma interface ideal entre os serviços, é importante que problemas existentes sejam descritos e soluções apropriadas sejam tomadas ⁸.

Austregésilo e colaboradores avaliaram a interface entre serviços de atenção primária e de urgência de saúde bucal, foi concluído que existem múltiplos e complexos problemas nesta interface, onde se observou uma rede parcialmente desconectada, também se destacou que há pouco conhecimento dos profissionais do serviço sobre esta rede, o que dificulta a promoção da integralidade ⁷.

Em um contexto de Rede de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde lança, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como estratégia indutora de mudanças nos modos

e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)^{1,9}. A partir de 2012, incluiu na avaliação os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e um módulo específico para as Equipes de Saúde Bucal, sendo que em 2013 foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)^{9,10}.

Considerando a importância da articulação e integração entre os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, e a importância da avaliação destes para uma melhora dos resultados em saúde no País^{1,11}. O objetivo deste estudo é verificar a interface entre atenção básica e especializa dos serviços odontológicos no Brasil, observando a relação desta interface com os contextos regionais do País, por meio de uma análise dos dados do 2º ciclo do PMAQ-CEO.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um Estudo observacional transversal multinível (CEO e municípios) realizado a partir dos dados da avaliação externa PMAQ-CEO. O estudo possui abrangência nacional e foi executado, de forma multicêntrica e integrada, por diversas instituições de ensino e pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. A adesão das equipes ao PMAQ-CEO foi feita de forma voluntária.

Dos 944 CEOs cadastrados pelo Ministério da Saúde, foram avaliados 933 CEOs cadastrados até o momento de contratualização do PMAQ, sendo que 3 foram excluídos por não desejarem responder no momento da visita e 3 apresentavam dados faltantes para composição da variável presença de interface. Portanto, este estudo incluiu 927 CEOs de abrangência municipal.

A avaliação externa, que consistiu na aplicação do instrumento de coleta de dados pelas instituições de ensino e pesquisa, iniciou-se em fevereiro de 2014.

Para o trabalho em campo, foram selecionados avaliadores externos Cirurgiões-Dentistas. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ.

Considerações Éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para que pudesse ser realizado. Cabe ressaltar, no entanto, que ele faz parte do projeto “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)” (CAEE 23458213.0.0000.5208), aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Número do parecer: 740.874, data da relatoria: 31/07/2014).

Os participantes envolvidos no estudo não foram submetidos a riscos mínimos e seus dados pessoais têm a garantia de sigilo, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa.

Delineamento da pesquisa

A coleta foi realizada por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente, após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados. O instrumento de coleta de dados do 2º ciclo do PMAQ-CEO abrangeu três módulos com questões que avaliaram aspectos referentes à estrutura, aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde e à satisfação com os serviços de saúde, conforme a percepção dos usuários das unidades avaliadas. O presente estudo avaliou informações dos módulos um e dois

do PMAQ-CEO. Os dados secundários, referentes aos municípios brasileiros participantes do PMAQ-CEO, foram coletados junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Índice de desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ^{4,12}.

Procedimentos

O estudo contou com duas variáveis dependentes que refletem a existência de interface entre Atenção Básica e CEO. A primeira denominada interface mínima, representada pela presença de ficha de referência e contrarreferência e de protocolos para as cinco especialidades, já a segunda variável foi denominada interface abrangente e representada pela presença de ficha de referência e contrarreferência, de protocolos para as cinco especialidades, recebimento de usuário referenciado da AB, realização de contrarreferência e realização de contato com AB. Estas variáveis foram coletadas a partir de perguntas simples em que os entrevistados, geralmente os gestores do CEO, responderam sim ou não para as seguintes perguntas: Existe ficha de referência e contrarreferência no CEO?; Existe protocolo clínico pactuado para as seguintes especialidades: Cirurgia Oral? Endodontia? Pacientes com Necessidades Especiais? Periodontia? Estomatologia?; O CEO recebe o usuário referenciado da AB?; O CEO realiza contrarreferência?; O CEO realiza contato com AB?

As variáveis independentes foram estudadas em duas disposições: variáveis contextuais municipais e variáveis relacionadas aos CEOs. As variáveis contextuais avaliaram aspectos sociodemográficos e dos sistemas de saúde dos municípios avaliados no PMAQ-CEO. Os aspectos sociodemográficos incluíram as variáveis de macrorregião nacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O indicador cobertura de ESB representou o aspecto do sistema de saúde dos municípios avaliados.

Para compor as variáveis relacionadas aos CEOs, foram utilizadas as

seguintes perguntas relativas ao serviço, para fins de análise: realização de planejamento nos últimos 12 meses e realização de matriciamento para a AB e acesso ao CEO (exclusivamente agendado). A variável acesso ao CEO foi utilizada apenas para análise na interface mínima. Estas variáveis foram coletadas a partir de perguntas simples em que os entrevistados, geralmente os gestores do CEO, deveriam responder sim ou não para as seguintes perguntas: O CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?; O CEO realiza matriciamento para AB?; O acesso ao CEO é exclusivamente agendado?

Para a descrição das macrorregiões brasileiras, utilizou-se a classificação do IBGE: nordeste, norte, centro-oeste, sul e sudeste. O IDH municipal foi classificado em quartis, sendo 1º quartil:0-0,6420 / 2º quartil:0,6421-0,7250 / 3º quartil:0,7251-0,7640 / 4º quartil:0,7641-1,0 para a análise da interface mínima e Baixo:0,5-0,599/ Médio:0,6-0,699 / Alto:0,7-0,799/ Muito alto:0,8-1,0 para análise da interface abrangente. O indicador de cobertura de saúde bucal foi categorizado em até 50% e maior que 50% ¹³.

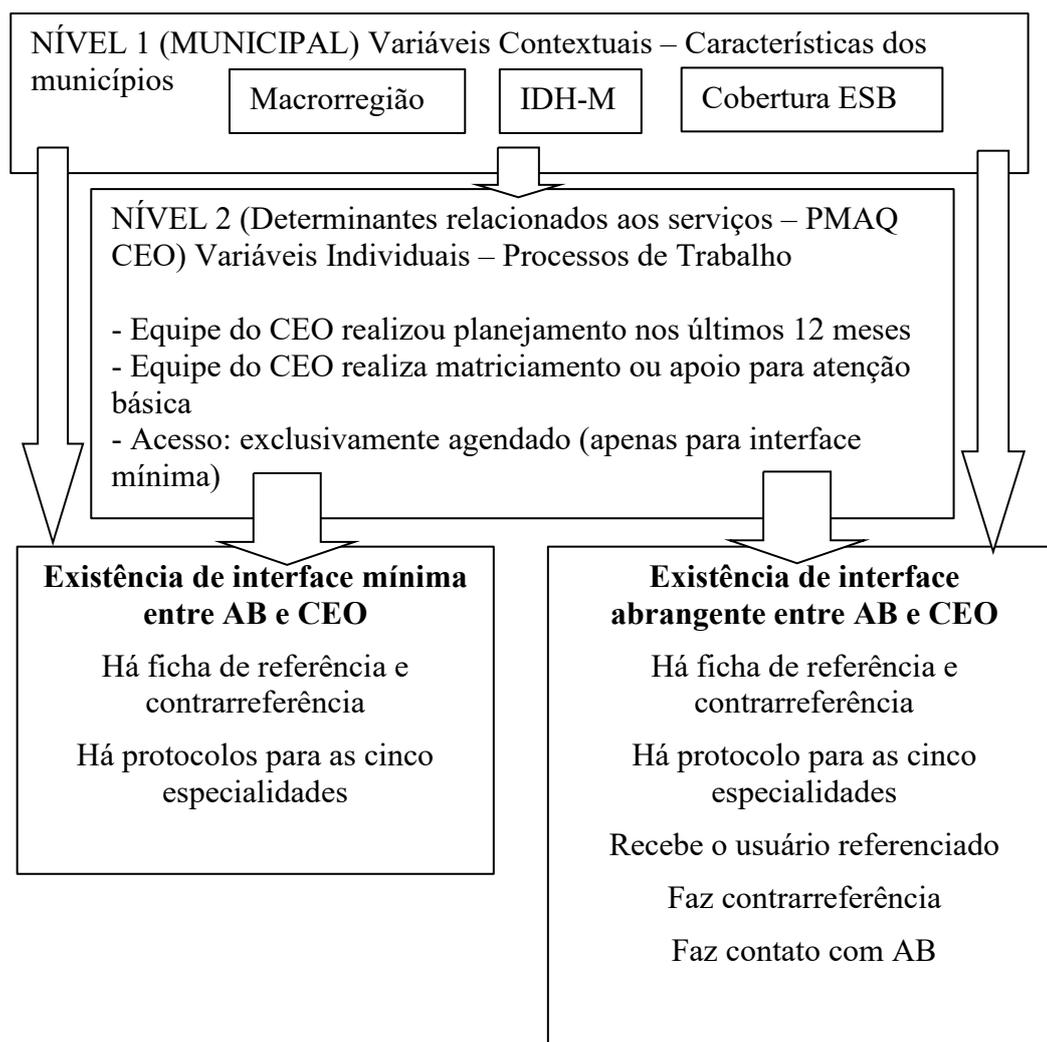
Análise dos dados

Os dados foram analisados no software Stata 11, também foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson ^{14,15}. Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomandore para os efeitos randômicos) ¹⁶ foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica ¹⁷ em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 20\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para análise de ajuste dos modelos foram utilizados os parâmetros *deviance*, *AIC* e *BIC*.

Foi utilizado Modelo teórico para avaliar o efeito das variáveis contextuais e individuais, relacionados ao serviço na presença de interface mínima e abrangente entre AB e CEO conforme demonstrado na Figura 1, que traz no primeiro nível (contextual) as variáveis municipais – IDH-

M, macrorregião e cobertura de ESB – e no segundo nível (individual) as variáveis relacionadas ao processo de trabalho dos serviços - planejamento, matriciamento e acesso –resultando nas variáveis dependentes caracterizadas pela interface ente AB e CEO.

Figura 1. Modelo teórico para avaliar o efeito das variáveis contextuais e individuais, relacionados ao serviço na presença de interface mínima e abrangente entre AB e CEO.



Resultados

Ao observar-se a prevalência da interface mínima, representada pela presença de ficha de referência e contrarreferência e protocolos para as cinco especialidades, tem-se que, das 927 equipes de CEO avaliadas, 52,53% (IC 95% 49,31-

55,75) apresentavam o desfecho positivo para a interface.

Em relação à prevalência da interface mínima, as regiões Sul (61%) e Sudeste (68%) apresentaram maior prevalência quando comparadas às demais regiões. O 4º. Quartil do IDH apresentou a maior prevalência (71,4%) quando comparado aos demais quartis. Além disso,

a maior prevalência do desfecho também ocorreu quando a equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses (58,5%), quando a equipe realizou matriciamento ou

apoio para a AB (58,4%) e quando o acesso foi exclusivamente agendado (60,8%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de interface mínima entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de interface AB e CEO (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Valor P
CONTEXTUAIS				
Macrorregião				
Norte	59 (6,36)	30,5 (18,6-42,3)	1	
Nordeste	354 (38,19)	37,5 (32,5-42,6)	1,23 (0,81-1,85)	0,317
Centro-oeste	62 (6,69)	54,8 (42,3-67,3)	1,79 (1,15-2,81)	0,01
Sul	116 (12,51)	61,2 (52,2-70,1)	2,01 (1,32-3,02)	0,001
Sudeste	336 (36,25)	68,7 (63,7-73,7)	2,25 (1,52-3,33)	<0,001
IDH *				
1º quartil	234 (25,24)	32,9 (26,8-38,9)	1	
2º quartil	231 (24,92)	49,3 (42,8-55,8)	1,51 (1,19-1,87)	<0,001
3º quartil	231 (24,92)	56,7 (50,2-63,1)	1,72 (1,39-2,13)	<0,001
4º quartil	231 (24,92)	71,4 (65,5-77,2)	2,17 (1,77-2,65)	<0,001
Cobertura de saúde bucal				
Até 50%	465 (50,16)	58,9 (54,4-63,4)	1	
Mais de 50%	462 (49,84)	46,1 (41,5-50,6)	0,78 (0,65-0,93)	0,007
INDIVIDUAIS				
Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?				
Não	205 (22,11)	31,2 (24,8-37,5)	1	
Sim	722 (77,89)	58,5 (54,9-62,1)	1,87 (1,44-2,44)	<0,001
Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção				
Não	272 (29,34)	38,2 (32,4-44,1)	1	
Sim	655 (70,66)	58,4 (54,6-62,2)	1,52 (1,23-1,89)	<0,001
O acesso é exclusivamente agendado?				
Não	396 (42,72)	41,4 (36,5-46,2)	1	
Sim	531 (57,28)	60,8 (56,6-64,9)	1,47 (1,28-1,68)	<0,001

* 1º quartil:0-0,6420 / 2º quartil:0,6421-0,7250 / 3º quartil:0,7251-0,7640 / 4º quartil:0,7641-1,0

Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e dos serviços de saúde, a prevalência do desfecho interface mínima foi 73% maior na região Sul que na região Norte (RP 1,73; IC95% 1,01-2,96) e 96% maior na região Sudeste que na região Norte (RP 1,96; IC95% 1,19-3,22). Em relação ao IDH, o 4º. Quartil teve a prevalência do desfecho 63% maior que o 1º. Quartil (RP 1,63; IC95%: 1,09-2,44). Equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses tiveram uma

probabilidade de apresentar interface entre CEO e AB 60% maior (RP 1,60; IC95%: 1,22-2,10), que realizaram matriciamento ou apoio para AB uma probabilidade 30% maior (RP 1,30; IC95%:1,04-1,63) e que possuíam acesso exclusivamente agendado uma probabilidade 31% maior (RP 1,31; IC95%: 1,08-1,59), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface mínima entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).

VARIÁVEL	RP ajustada (IC95%) Modelo 1	Valor P	RP ajustada (IC95%) Modelo 2	Valor P
<i>CONTEXTUAIS</i>				
Macrorregião				
Norte	1	-	-	-
Nordeste	1,36 (0,82-2,27)	0,230	-	-
Centro-oeste	1,58 (0,88-2,84)	0,121	-	-
Sul	1,73 (1,01-2,96)	0,043	-	-
Sudeste	1,96 (1,19-3,22)	0,008	-	-
IDH *				
1º quartil	1	-	-	-
2º quartil	1,34 (0,97-1,85)	0,074	-	-
3º quartil	1,38 (0,95-2,03)	0,089	-	-
4º quartil	1,63 (1,09-2,44)	0,016	-	-
Cobertura de saúde bucal				
Até 50%	1	-	-	-
Mais de 50%	1,02 (0,83-1,27)	0,785	-	-
<i>INDIVIDUAIS</i>				
Equipe realizou planejamento nos últimos 12 meses?				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	1,60 (1,22-2,10)	0,001
Equipe realiza matriciamento ou apoio para atenção				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	1,30 (1,04-1,63)	0,020
O acesso é exclusivamente agendado?				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	1,31 (1,08-1,59)	0,005

Interface mínima entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si.

Modelo 2: variáveis individuais ajustadas pelas contextuais que apresentaram $p < 0,20$ (Macrorregião e IDH) no Modelo 1.

Ao observar-se a prevalência da interface abrangente, agrupada pela presença de ficha de referência e contrarreferência, protocolos para as cinco especialidades, recebimento do usuário referenciado, realização de contrarreferência e realização de contato com AB, tem-se que das 927 equipes de CEO avaliadas, 34,51% (IC 95% 31,45-37,58) apresentam o desfecho positivo.

Em relação à prevalência da interface abrangente, a região Sul (51,7%) apresentou a maior prevalência quando comparada às demais regiões. O IDH apresentou a maior prevalência do desfecho quando Muito Alto (70,8%). As equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses (38,65%) e as equipes que realizam matriciamento para a AB (38,95%) também apresentaram maior prevalência do desfecho (Tabela 3).

Tabela 3: Descrição da amostra, prevalência de interface abrangente entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de interface AB e CEO (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Valor P
<i>CONTEXTUAIS</i>				
Macrorregião				
Norte	59 (6,36)	18,6 (08,8-28,6)	1	
Nordeste	354 (38,19)	20,9 (16,6-25,1)	1,11 (0,59-2,11)	0,728
Centro-oeste	62 (6,69)	43,5 (31,0-56,0)	2,34 (1,15-4,75)	0,018
Sul	116 (12,51)	51,7 (42,5-60,8)	2,76 (1,44-5,27)	0,002
Sudeste	336 (36,25)	44,0 (38,7-49,3)	2,32 (1,25-4,31)	0,007
IDH *				
Baixo	107 (11,5)	14,9 (8,1-21,7)	1	
Médio	264 (28,5)	25,7 (20,4-31,1)	1,72 (0,99-2,96)	0,05
Alto	477 (51,4)	37,7 (33,3-42,1)	2,52 (1,51-4,21)	<0,001
Muito alto	79 (8,6)	70,8 (60,7-80,9)	4,74 (2,72-8,26)	<0,001
Cobertura de saúde bucal				
Até 50%	465 (50,16)	39,5 (35,1-44,1)	1	
Mais de 50%	462 (49,84)	29,4 (25,2-33,6)	0,75 (0,61-0,94)	0,015
<i>INDIVIDUAIS</i>				
Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?				
Não	205 (22,11)	20,0 (14,5-25,4)	1	
Sim	722 (77,89)	38,6 (35,1-42,2)	1,91 (1,97-2,66)	<0,001
Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção				
Não	272 (29,34)	23,9 (18,8-28,9)	1	
Sim	655 (70,66)	38,9 (35,1-42,6)	1,62 (1,23-2,13)	0,001

* Baixo:0,5-0,599/ Médio:0,6-0,699 / Alto:0,7-0,799/ Muito alto:0,8-1,0

Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e individuais dos serviços de saúde, a região Sudeste apresentou duas vezes maior prevalência do desfecho que a região Norte (RP 2,03; IC95% 1,07-3,83), sendo que a região Sul apresentou 2,3 vezes maior prevalência do desfecho que a região Norte (RP 2,30; IC95% 1,17-4,51). Em relação ao IDH, o Muito Alto teve uma prevalência do desfecho 2,8 vezes maior que o Baixo (RP

2,81; IC95% 1,38-5,72). Equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses apresentaram 54% maior prevalência do desfecho quando comparadas às equipes que não realizaram planejamento (RP 1,54; IC95% 1,10-2,16). Equipes que realizam matriciamento ou apoio para AB apresentaram 38% maior prevalência do desfecho (RP 1,38%; IC95%: 1,05-1,83), conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface abrangente entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).

VARIÁVEL	RP ajustada (IC95%) Modelo 1	Valor P	RP ajustada (IC95%) Modelo 2	Valor P
<i>CONTEXTUAIS</i>				
Macrorregião				
Norte	1		-	
Nordeste	1,16 (0,60-2,22)	0,651	-	
Centro-oeste	1,97 (0,95-4,07)	0,066	-	
Sul	2,30 (1,17-4,51)	0,015	-	
Sudeste	2,03 (1,07-3,83)	0,029	-	
IDH *				
Baixo	1		-	
Médio	1,56 (0,89-2,72)	0,115	-	
Alto	1,59 (0,84-2,99)	0,148	-	
Muito alto	2,81 (1,38-5,72)	0,004	-	
Cobertura de saúde bucal				
Até 50%	1		-	
Mais de 50%	1,09 (0,84-1,41)	0,507	-	
<i>INDIVIDUAIS</i>				
Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?				
Não	-		1	
Sim	-		1,54 (1,10-2,16)	0,011
Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção?				
Não	-		1	
Sim	-		1,38 (1,05-1,83)	0,021
<i>PARÂMETROS DE AJUSTE DOS MODELOS</i>				
Log likelihood	-630.63013		-622.62532	
AIC	1281.26		1267.251	
BIC	1329.58		1320.402	

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si.

Modelo 2: variáveis individuais ajustadas pelas contextuais que apresentaram $p < 0,20$ (Macrorregião e IDH) no Modelo 1.

Os parâmetros de ajuste dos modelos indicaram uma redução do *deviance*, AIC e BIC, ou seja, os modelos finais apresentaram maior ajuste estatístico.

Discussão

Os resultados encontrados, permitiram identificar os fatores associados à presença de interface entre a atenção básica e especializada. A realização de planejamentos e matriciamento pelas equipes dos CEO e o acesso referenciado, foram observados e analisados. Os achados deste estudo, sugerem que o processo de trabalho é determinante para uma maior integração nos serviços e consequentemente na constituição da rede de saúde bucal.

Machado e colaboradores concluíram que o desempenho do CEO é influenciado pela organização e gerenciamento do processo de trabalho e pelas características contextuais dos locais onde os serviços estão implantados¹⁷, corroborando os resultados deste estudo, que concluiu que o contexto e o planejamento influenciam o resultado como interface entre AB e CEO.

Ao nível contextual, mantiveram-se associadas aos desfechos as macrorregiões Sul e Sudeste, sendo que na interface abrangente observou-se uma associação significativa mais forte. O Índice de Desenvolvimento Humano mostrou-se associado à interface em ambos os desfechos (mínima e abrangente), sendo que a associação com a interface é maior

quanto maior o IDH. Estas associações enfatizam a relação entre as iniquidades em saúde, o que é explicado não somente pela riqueza total do país, mas sim a maneira com que essa riqueza se distribui¹⁸. Sendo assim as desigualdades na distribuição de renda acabam sendo prejudiciais para a sociedade como um todo, não só aos grupos mais pobres^{18,19}.

Realizou-se um estudo multinível com dados do PMAQ-AB, o qual também mostrou desigualdade entre as cinco macrorregiões brasileiras, quando avaliou a realização de procedimentos curativos e preventivos em saúde bucal¹⁸, fomentando a discussão de que municípios que estão melhores estruturados e possuem uma rede de atenção à saúde estabelecida acabam possuindo, como consequência, melhor interface e melhor cuidado.

A relação entre a AB e os CEOs traduzida na interface, implica, na produção de cuidados mais equânimes, integrais, eficientes e efetivos, o que está de acordo

com a proposição de Morris e Burke⁵ e com os próprios princípios do SUS¹².

Conclusão

O presente estudo, tem caráter analítico, contribuindo com a identificação de características municipais e processos de trabalho, associados à presença de interface, servindo como norteador de ações estratégicas para a orientação aos processos de trabalho de gestores municipais, regionais e estaduais. Logo o PMAQ-AB tem sido um importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde. Este estudo possui abrangência nacional e analisa dados de quase todos os CEO do Brasil sendo representativo a nível nacional. Em suma, é necessária a busca por mudanças nos processos de trabalhos, na assistência aos usuários e na gestão dos recursos em saúde, a fim de que a AB seja qualificada e equiparada em todo território nacional.

Referências

1. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p 549.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(2):569–84.
3. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. setembro de 2013;66(spe):158–64.
4. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PK de O, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014 ;38(special).
5. Figueiredo N, Goes PSA de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2009;25(2):259–67.
6. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *health policy*. 191(12):5.
7. Austregésilo SC, Leal MC de C, Marques AP de O, Vieira J de CM, Alencar DL de. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Rev bras geriatr gerontol*. março de 2015;18(1):189–99.
8. Goes PSA de, Figueiredo N, Neves JC das, Silveira FM da M, Costa JFR, Pucca Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(suppl):s81–9.
9. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*

- [Internet]. 2014 [citado 14 de agosto de 2019];38(special). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S027>
10. Mattos GCM, Ferreira EF e, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. fevereiro de 2014;19(2):373–82.
 11. Scherer CI, Scherer MD dos A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 12 de setembro de 2019];49(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100411&lng=en&tlng=en
 12. Flôres GM da S, Weigelt LD, Rezende MS de, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate*. janeiro de 2018;42(116):237–47.
 13. Bastos LS, Oliveira R de VC de, Velasque L de S. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad Saúde Pública*. março de 2015;31(3):487–95.
 14. Spiegelman D. Easy SAS Calculations for Risk or Prevalence Ratios and Differences. *American Journal of Epidemiology*. 29 de junho de 2005;162(3):199–200.
 15. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. dezembro de 2003;3(1):21.
 16. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saúde Pública*. abril de 1996;30(2):168–78.
 17. Machado FC de A, Silva JV, Ferreira MÂF. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Ciênc saúde coletiva*. abril de 2015;20(4):1149–63.
 18. Neves M, Giordani JM do A, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva*. maio de 2019;24(5):1809–20.
 19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966. 2005;83(4):691-729.
 20. Pilz C, Alegre P. Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUSAB. :74.
 21. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;7.
 22. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2006;22(9):2005–8.

Como citar este artigo:

Jahnke MM, Giordani JMA, Luvison I, Figueiredo N, Amaral Júnior PL, Hugo FN. Interface entre a atenção básica e a especializada na rede de saúde bucal do sistema único de saúde brasileiro. *Rev. Aten. Saúde*. 2021; 19(68): 313-323.