

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ITALENE BARROS VIANA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PERNAMBUCO**

Recife
2017

ITALENE BARROS VIANA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

RECIFE

2017

ITALENE BARROS VIANA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 27/11/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Prof. Dr. José Eudes de Lorena Sobrinho
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Dedico este trabalho a duas pessoas que foram essenciais nessa minha jornada em busca do saber: meu pai e meu avô (Dinda).

AGRADECIMENTOS

À DEUS agradeço, por trilhar meu caminho e entregar meu destino nas mãos de pessoas tão especiais, meus pais...

Não poderia iniciar esta dedicatória sem realçar a insubstituível importância da minha família em minha vida. Painho e Mainha, agradeço hoje e sempre por todo amor que me dedicaram e por toda educação que me proporcionaram. Vocês são meu exemplo de vida e meu alicerce de sustentação. Pati e Tozinho vocês são muito importantes para mim, agradeço pelo amor e amizade.

Ao meu marido Maninho, que partilha comigo cada momento da minha vida e sempre me dá forças para seguir em frente. Agradeço pelo seu amor, paciência e dedicação e pela oportunidade de continuar me proporcionando a busca por conhecimento e por meu futuro profissional. Mas acima de tudo agradeço à DEUS, por ter colocado em minha vida uma pessoa tão especial como você, Te amo.

Ao meu avô (Dinda), fonte de sabedoria e dedicação.

Ao meu orientador professor Rafael Moreira, pessoa de extrema competência, agradeço pela orientação, pela tranquilidade e pela confiança para desenvolver este trabalho. E ao Professor Petrônio Martelli, por toda atenção, paciência e sabedoria compartilhada.

A André e Camila pela preciosa contribuição na análise espacial desse estudo.

A todos os professores do Aggeu que de alguma forma estiveram presentes nessa caminhada, agradeço pela imensa atenção e colaboração. E aos amigos de turma, em especial a Ive Monteiro, agradeço pelo carinho, amizade e grande colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

À Márcia da biblioteca por toda sua disponibilidade.

Agradeço a todos os autores envolvidos na construção deste trabalho e em especial aos profissionais e a comunidade do Alto da Jaqueira pela compreensão dos dias ausentes.

VIANA, I. B. *Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco*. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

Alicerçado no campo da avaliação da qualidade em saúde bucal na atenção básica, esse estudo teve como objetivo analisar as associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado) da atenção primária em Pernambuco. As informações trabalhadas para construção dos padrões de qualidade municipais foram geradas a partir do instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB (2º ciclo) em Pernambuco, enquanto que, os dados relativos às médias anuais dos indicadores foram obtidos pelo SIA/SUS. A correlação entre as variáveis foi verificada através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, considerando o nível de significância de 5%. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foram retratadas por meio de mapas temáticos e de dependência espacial. Os resultados sobre a associação dos padrões de qualidade das ESB com os indicadores de saúde bucal revelaram que fatores relacionados à estrutura mostraram não exercer influência no desempenho dos indicadores de uso dos serviços odontológicos analisados. E os aspectos da organização do processo de trabalho evidenciaram que municípios com padrões mais próximos do modelo de atenção baseado na ESF estiveram associados a maiores registros dos indicadores de urgência odontológica, escovação dental supervisionada e tratamento concluído. Por tudo que foi dito ressalta-se há claros indícios de que o modo como as ESB se organizam seja fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre alguns indicadores de uso de serviços.

Palavras chaves: Atenção básica. Avaliação em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Indicadores de serviços.

VIANA, I. B. Quality of oral health care in primary care in Pernambuco. 2017. Dissertation (Professional Master's in Public Health) - Department of Collective Health, Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2017.

ABSTRACT

Based on the field of oral health quality evaluation in primary care, this study aimed to analyze the associations between the municipal quality standards (structure and work process) of the oral health teams and indicators of oral health (outcome) of primary care in Pernambuco. The information elaborated for the construction of municipal quality standards was generated from the PMAQ-AB (2nd cycle) external evaluation instrument in Pernambuco, while data on the annual averages of the indicators were obtained from the SIA / SUS. The correlation between the variables was verified through the Kruskal-Wallis non-parametric test, considering the significance level of 5%. The variables that presented a statistically significant association were represented by thematic maps and spatial dependence. The results on the association of ESB quality standards with oral health indicators revealed that factors related to the structure showed no influence on the performance of indicators of use of the dental services analyzed. And the aspects of the organization of the work process showed that municipalities with patterns closer to the FHP-based model of care were associated with greater records of indicators of dental urgency, supervised dental brushing and completed treatment. For all that has been said, there is clear evidence that the way ESBs are organized is a determining factor for the occurrence or not of impact on some indicators of service use.

Keywords: Primary care. Health evaluation. Quality of health care. Indicators of services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1** Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o indicador de urgência odontológica- Pernambuco. 2014. 57
- FIGURA 2** Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o indicador de escovação dental supervisionada- Pernambuco. 2014. 58
- FIGURA 3** Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o tratamento concluído- Pernambuco. 2014. 59
- FIGURA 4** Moran map da distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade municipal do processo de trabalho das ESB- Pernambuco. 2014. 60
- FIGURA 5** Moran map da distribuição espacial dos municípios segundo o indicador de urgência odontológica. Pernambuco. 2014. 61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características estruturais e de ambiência dos consultórios odontológicos, Pernambuco, 2014.	47
TABELA 2	Distribuição das ESB participantes do PMAQ-AB quanto a subdimensão Reunião de Equipe, Pernambuco, 2014	48
TABELA 3	Distribuição das ESB participantes do PMAQ-AB quanto a subdimensão ESB como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde, Pernambuco, 2014.	49
TABELA 4	Procedimentos odontológicos ofertados pelas ESB participantes do PMAQ-AB. Pernambuco, 2014.	50
TABELA 5	Distribuição do desempenho médio dos municípios, em relação às ESB, segundo as dimensões estrutura e processo de trabalho, PMAQ-AB (2º ciclo), Pernambuco, 2014.	51
TABELA 6	Distribuição dos municípios segundo o padrão de qualidade em Pernambuco, 2014.	52
TABELA 7	Descrição dos indicadores de saúde bucal em Pernambuco, 2014.	52
TABELA 8	Descrição dos indicadores de saúde bucal por padrões de qualidade (ESTRUTURA), Pernambuco, 2014.	54
TABELA 9	Descrição dos indicadores de saúde bucal por padrões de qualidade (PROCESSO), Pernambuco, 2014.	55
TABELA 10	Descrição dos indicadores de saúde bucal, em tercis, Pernambuco 2014.	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
COAP	Contrato Organizativo De Ação Pública
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DAB	Departamento de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a saúde
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TSB	Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	Atenção Básica	16
2.1.1	<i>Caracterização da Atenção Básica</i>	16
2.1.2	<i>A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família</i>	17
2.2	Avaliação em saúde	21
2.2.1	<i>Avaliação no contexto da saúde</i>	21
2.2.2	<i>Avaliação em saúde na Atenção Básica</i>	22
2.2.3	<i>Avaliação da atenção em saúde bucal</i>	27
2.3	Avaliação da qualidade da assistência à saúde	28
2.3.1	<i>Avaliação da qualidade em serviços de saúde</i>	28
2.3.2	<i>Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal</i>	31
2.4	Indicadores de saúde	32
2.4.1	<i>O uso de indicadores na Atenção Básica</i>	32
2.4.2	<i>O uso de indicadores em saúde bucal</i>	34
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1	Desenho do estudo	38
4.2	Área do estudo	38
4.3	Período do estudo	39
4.4	Universo e Amostra do estudo	39
4.5	Fontes de dados e instrumentos de coleta	40
4.5.1	<i>Avaliação externa PMAQ-AB</i>	40
4.5.2	<i>Indicadores de saúde bucal</i>	41
4.6	Análise de dados	42
4.7	Análise espacial	44
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
6	RESULTADOS	46
6.1	Análise das equipes de saúde bucal	46
6.1.1	<i>Estrutura das equipes de saúde bucal</i>	46

6.1.2	<i>Processo de trabalho das equipes de saúde bucal</i>	48
6.2	Padrões de qualidade municipais	51
6.3	Análise dos indicadores de saúde bucal	52
6.4	Associações entre padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal	53
6.5	Análise espacial	56
7	DISCUSSÃO	62
7.1	Estrutura das equipes de saúde bucal	62
7.2	Processo de trabalho das equipes de saúde bucal	65
7.3	Associações entre padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal	72
7.3.1	<i>Padrões de qualidade municipais e a cobertura de primeira consulta odontológica</i>	72
7.3.2	<i>Padrões de qualidade municipais e a média de atendimento de urgências odontológicas</i>	75
7.3.3	<i>Padrões de qualidade municipais e a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada</i>	77
7.3.4	<i>Padrões de qualidade municipais e a relação entre tratamento concluído e a primeira consulta odontológica programática</i>	80
7.4	Dependência espacial entre padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A- DIMENSÃO Estrutura das ESB	102
	APÊNDICE B- DIMENSÃO Processo de trabalho das ESB	104
	APÊNDICE C- DIMENSÃO Resultado	108
	ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CPqAM/FIOCRUZ	110
	ANEXO B- Carta de anuência do CPqAM/FIOCRUZ	112

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, ao longo dos últimos anos, inegáveis avanços na cobertura de atenção em saúde bucal foram alcançados em todo país, todavia, permanecem importantes desafios a serem superados. Destacam-se: a precarização das relações de trabalho; a dificuldade de mudança do processo de trabalho; a deficiência da integração da atenção básica à rede de atenção à saúde para garantia da continuidade do cuidado; os problemas de infraestrutura; a escassez ou a descontinuidade no fornecimento de insumos; entre outros (COLUSSI; CALVO, 2012; FAUSTO et al., 2014; MOURA et al., 2010; PIMENTEL et al., 2015).

A fim de superar esses entraves, comuns a toda Atenção Básica (AB) do país, o Ministério da Saúde vem executando a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, visando garantir acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Como parte das atuais diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção Primária em Saúde (APS) foi instituído recentemente, por meio da Portaria nº 1.654 de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) representando, segundo Moraes e Iguti (2013) um importante passo em direção à concretização dos processos de avaliação e monitoramento nas ações de saúde no país.

Compreende-se que o programa tem como principal diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na atenção primária à saúde, se propondo a induzir e avaliar a qualidade da atenção básica como parte das redes prioritárias, produzindo assim condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção (DAHER; MARINS, 2014; PINTO et al., 2012). Ademais, Pinto, Sousa e Ferla (2014) acrescentam como objetivos finalísticos o impacto na situação de saúde da população, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

No tocante a atenção em saúde bucal, o PMAQ-AB representa a possibilidade de estimular as equipes a refletirem sobre o processo de trabalho por elas desenvolvido, uma vez que oportuniza mudanças no modo de cuidar e gerir o cuidado, permitindo a qualificação das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Em Pernambuco, o estímulo à atenção a saúde bucal na atenção básica seguiu de forma progressiva, entre os anos de 2001 a 2015. Nesse período evidenciou-se um aumento considerável no número de equipes de saúde bucal (ESB) no estado, ampliando de 132 para 1.559, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB). Essa significativa expansão com consequente aumento da cobertura populacional- 5,81% em 2001 para 64,35% em 2015- trouxe consigo a necessidade premente de investigar a qualidade dos serviços ofertados pelas equipes. Sendo assim, os processos avaliativos surgem como ferramentas essenciais para aprimorar o desenvolvimento organizacional dos serviços e das práticas de saúde, intensificando os esforços destinados à melhoria da sua qualidade. Pois, espera-se que a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) produza impacto positivo na utilização dos serviços, não somente em função do aumento da oferta, mas também devido à qualidade do cuidado prestado.

O momento é bastante oportuno para avaliar a atenção à saúde bucal desenvolvida pelas equipes, a julgar que, apesar das melhorias advindas do processo de ampliação e reorganização da atenção primária em saúde bucal no país, esse cenário ainda não foi capaz de reverter os problemas no acesso e utilização dos serviços, por muitas vezes persistindo o caráter curativo e mutilador da assistência odontológica (AQUILANTE; ACIOLE, 2015a). Corroboram-se aqui os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, realizados em 2003 e 2010, que revelaram que apesar da redução da média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) no Brasil, o segundo componente do índice permanece com alto percentual na população adulta. Para Soares, Chaves e Cangussu (2013) isso sugere que o modelo assistencial mutilador, centrado na dor e com pouca ênfase em práticas preventivas e restauradoras permanece, principalmente para a população menos favorecida.

Aliado a isso, autores como Viana, Martelli e Pimentel (2011), Silva et al. (2011) e Viana, Martelli e Pimentel (2012) em suas pesquisas, advertem sobre a evolução dos procedimentos da atenção básica em saúde bucal comparativamente à expansão da cobertura dessas equipes na ESF em Pernambuco, posto que encontraram indicadores para cobertura da primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva de escovação supervisionada e média de procedimentos odontológicos básicos individuais com desempenhos que não acompanharam, proporcionalmente, o percentual de crescimento das ESB em estudos de série histórica no estado. Tal conjectura aponta para a necessidade de se investigar a reorganização

da atenção à saúde bucal no estado, a partir de questões referentes à estrutura e o processo de trabalho dessas equipes.

Assim, alicerçado no campo da avaliação da qualidade em saúde bucal na atenção básica, esse estudo permitiu a identificação dos padrões municipais da organização e do funcionamento das ESB em Pernambuco, considerando que, para uma adequada atenção à saúde da população é necessário que as equipes tenham os recursos (equipamentos, materiais, insumos) mínimos essenciais e desenvolvam suas ações de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A constatação do cumprimento (ou não) dessas práticas possibilitou aferir a qualidade das ações e dos serviços ofertados pelos municípios em Pernambuco, e investigou como os padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal estão associados aos indicadores (resultado) de saúde bucal da atenção primária.

Esse tipo de análise tem como inspiração uma abordagem metodológica de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1988) que considera a tríade: estrutura-processo-resultados. Para o autor a estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas; e os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. Estes resultados poderão ser mensurados por indicadores de saúde bucal, relacionados a tais estruturas e processos.

Apesar das críticas que consideram alguns argumentos sobre o modelo sistêmico, tais como: nem sempre uma boa estrutura conduz a um bom processo, que, por sua vez, não conduz a um bom resultado (VUORI, 1991); considera como pertencentes a aspectos de estrutura, fenômenos de natureza distinta, como recursos humanos, materiais e financeiros; supõe a existência de uma harmonia e direcionalidade entre os componentes, que na prática dos serviços, muitas vezes não acontece (SILVA; FORMIGLI, 1994). Ainda assim, segundo Pereira (2012) o modelo é amplamente difundido no mundo inteiro como a referência fundamental para avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Com o propósito de contribuir no avanço da qualidade da atenção prestada, diversos autores, entre eles: Batista (2010), Fernandes et al. (2016) e Pimentel et al. (2014a) destacam a importância da utilização de indicadores de uso dos serviços de saúde como instrumentos para

monitoramento e avaliação das ações em saúde bucal. Logo, a utilização de dados secundários nos estudos avaliativos merece ser fortemente encorajada, tendo em vista a disponibilidade das informações, o custo, a rapidez na obtenção dos dados e o potencial impacto que essas avaliações podem resultar aos serviços de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Diante dessa realidade e inspirado pelo crescimento da institucionalização da avaliação e do monitoramento na atenção básica, esta dissertação tem como tema a Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Saúde da Família, e teve a pretensão de investigar a seguinte questão: “Qual a associação entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB (2º ciclo) e indicadores (resultado) de saúde bucal da atenção primária em Pernambuco?”

Por meio dos resultados construídos acredita-se que os municípios que apresentarem melhores padrões de qualidade quanto à organização (estrutura) e funcionamento (processo) de suas equipes de saúde bucal apresentarão um melhor desempenho dos indicadores (resultados) de saúde bucal da atenção primária, quando comparados aos municípios classificados como intermediários ou insatisfatórios.

A motivação para trabalhar com os dados produzidos pelo PMAQ-AB surge pela crença da autora no programa, como indutor de melhorias na atenção básica, pois além de gerar movimentos de reflexão sobre os processos de cuidado e de trabalho das equipes de atenção básica, possibilita o repasse de recurso financeiro que podem viabilizar a melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). É importante ressaltar que apesar das discussões a respeito desse tema, ainda são escassos os estudos na literatura referentes à avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal. Nesse cenário, torna-se essencial avaliar e monitorar a organização e o funcionamento das ESB.

Pelo exposto, pode-se afirmar que os produtos desse trabalho tem o potencial de contribuir na melhoria da qualidade da atenção à saúde bucal, na medida em que produzirá informações que podem auxiliar no planejamento de novas formas de organização, no redirecionamento das práticas profissionais e nos processos de tomada de decisão. Além de possibilitar que a distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal no estado de Pernambuco considerem as especificidades das realidades locais e regionais, impactando na saúde e no bem-estar da população.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Considerando a importância da saúde bucal na atenção básica em promover melhores condições de saúde à sua população, ampliar o acesso aos serviços de saúde, prevenir as doenças mais prevalentes e reabilitar os casos comprometidos, faz-se necessário aproximar-se de conteúdos teóricos que possibilitam contribuir no fortalecimento da política de atenção à saúde bucal.

2.1 Atenção Básica

2.1.1 Caracterização da atenção básica

A difusão sobre as bases da concepção da Atenção Primária é atribuída ao Relatório Dawson que descreveu, de forma inédita, ideias sobre regionalização e hierarquização dos cuidados, com a missão de organizar a provisão de serviços de saúde para toda população. Publicado em 1920 e elaborado por Bertrand Edward Dawson, Ministro da Saúde do Reino Unido, emerge do debate sobre o sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, sendo elaborado para contrapor as ideias do modelo flexneriano americano bastante difundido à época que guiava a organização da atenção à saúde e começava a causar preocupações às autoridades tendo em vista seu elevado custo e baixa resolutividade (LAVRAS, 2011).

A Atenção Primária a Saúde, pauta central da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que teve como produto final a declaração de Alma-Ata (Organização Mundial de Saúde/OMS, 1978), foi definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde. Nesse documento preconiza-se que os cuidados de saúde sejam levados o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

As discussões sobre a potencialidade do papel da atenção primária na diminuição das iniquidades dos serviços de saúde no cenário mundial, de acordo com Saltman et al. (2010), vêm se ampliando. Para além disso, Boerma (2010) ressalta existir um consenso entre as organizações internacionais e acadêmicas sobre sistemas de saúde que alicerçam sua organização na atenção primária serem mais eficazes quanto à continuidade do cuidado e a capacidade de resposta da atenção em saúde no geral.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde é a denominação correspondente ao que à literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004), e se constitui atualmente como a porta de entrada preferencial do SUS.

Segundo Kessler et al. (2015), o Ministério da Saúde ao valorizar a atenção básica fortalece o conjunto de ações que atende às principais demandas da população de um território delimitado. Seu conceito encontra-se claramente apresentado na Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2017, p.68).

A atenção básica como reordenadora da rede de atenção e cuidado à saúde tem como o principal dispositivo para o alcance de seus objetivos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que busca incorporar efetivamente os princípios de universalidade, integralidade e equidade, representando a porta de entrada da população aos serviços, com foco de atenção na família, contextualizada em seu ambiente físico e social.

Ao instituir a ESF o Brasil inovou e avançou na configuração de um modelo de atenção primária potencialmente resolutive, uma vez que se dedica, não a atender demandas pontuais de saúde, mas sim a abordar processos de saúde e adoecimento, problemas de saúde mais frequentes de pessoas, famílias e comunidades. Nessa perspectiva, Brunhauser, Magro e Neves (2013) destacam que o surgimento do Saúde da Família, como modelo de atenção reorganizador da atenção básica, estimulou uma nova forma de atuar dos profissionais de saúde, com propostas para mudar antigas práticas, passando a focar na integralidade da assistência, de modo a tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua realidade socioeconômica e cultural.

2.1.2 A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

Estimulado pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal no país e ampliar o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos, o Ministério da Saúde decidiu reorientar as práticas da atenção em saúde bucal a partir da sua inclusão na ESF.

A incorporação oficial das equipes de saúde bucal foi formalizada por meio da Portaria GM/MS no. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. (BRASIL, 2000). As normas e as diretrizes para este fim foram regulamentadas pela Portaria 267 de março de 2001, que introduziu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos nesse nível de atenção, bem como as composições das equipes em Modalidade I e II. (BRASIL, 2001). Em junho de 2003, necessitando revisar as normas estabelecidas pela Portaria nº 1.444, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 673/GM de 03 de junho de 2003, que alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Inicialmente, essa relação era de um para dois, ou seja, para cada ESB a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (EqSF). Com a nova portaria, esta relação passou a ser de uma ESB para cada EqSF. (BRASIL, 2003)

Fato relevante para a decisão político-institucional de inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD-1998 (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004a), que revelou à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde à população brasileira. Os achados dessa pesquisa evidenciaram que aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam tido acesso a serviços odontológicos, e destes, 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos. Outro dado impactante foi o fato de 2/3 dos idosos, com mais de 70 anos, serem desdentados totais.

Sensibilizados a transformar essa realidade e consolidar o fortalecimento da atenção em saúde bucal no país, em 2004, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que apontavam para mudanças na reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção através de cinco frentes de ação estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas,

implantação de próteses e fluoretação das águas. (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b). A PNSB possibilitou um reposicionamento das normas e do aporte de recursos financeiro destinados para área, indicando a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo.

A partir da publicação das portarias ministeriais anteriormente citadas, ocorreu no Brasil uma inovação na trajetória da saúde bucal, como política pública, e desde então a atuação das equipes de saúde bucal na ESF é foco de discussões no que tange a melhoria e ampliação do acesso da população brasileira aos serviços odontológicos na esfera do SUS. Aquilante e Aciole (2015b) afirmam que para a saúde bucal, esta nova postura do fazer das ações cotidianas representam, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio.

O incentivo à saúde bucal na atenção básica no Brasil acontece de forma progressiva, traduzido no aumento de cobertura das ESB em todos os estados da federação. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), em dezembro de 2015, o país possuía 24.467 ESB distribuídas em 5.014 municípios, aumento de mais de 1.000%, se comparado com as 2.248 equipes implantadas em dezembro de 2001. Os números em Pernambuco são semelhantes, com aumento de cerca de 1.180% das ESB implantadas no estado, nesse mesmo período. Tamanho investimento requer, por sua vez, esforços no sentido de monitorar e avaliar a qualidade das ações e dos serviços ofertados pelos municípios.

Diante desse crescimento, de acordo com Brunhauser, Magro e Neves (2013) faz-se necessário refletir se a expressiva incorporação das ESB na ESF é acompanhada por mudanças no modelo assistencial em saúde bucal, tendo em vista que, segundo Martelli et al. (2010), por muitas vezes o trabalho do cirurgião-dentista na rede pública é marcadamente centrado numa prática curativa, reproduzindo o modelo ineficaz da prática privada, descontextualizada com as necessidades do paciente.

Em vista disso, estudos como de Pimentel et al. (2010), Soares et al. (2011) e Corrêa e Celeste (2015) ressaltam que a extensão da rede básica de serviços de saúde bucal deverá vir acompanhada de inovações substantivas no modelo assistencial e no cotidiano do processo de trabalho das equipes, com a definitiva superação das práticas odontológicas centradas em procedimentos curativos e individuais. Dessa forma, é de se esperar que a saúde bucal na ESF

produza impacto positivo na utilização dos serviços, não somente em função do aumento da oferta, mas também devido à qualidade do cuidado prestado.

Portanto, incluir saúde bucal na ESF não significa, exclusivamente, colocar um cirurgião-dentista na equipe mínima, mas, sobretudo, dar qualidade a atenção em saúde bucal - articulando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender às necessidades de saúde de populações nos territórios. As responsabilidades das equipes de saúde bucal dentro da estratégia são descritas na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). O documento define as competências para todos os profissionais que compõem as equipes, sendo de responsabilidade do Cirurgião-Dentista:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF.
- VIII - Realizar supervisão técnica do TSB e ASB.
- IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Unidade de Saúde da Família).

Para Oliveira et al. (2013a) o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) também são peças fundamentais na equipe, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, em nível individual ou coletivo, alicerçando a reorganização das práticas de saúde bucal. Autores como Bailit et al. (2012) e Nash (2009) ressaltam em seus estudos que a inclusão dos auxiliares e técnicos nas ESB possibilitam ampliar o acesso, aumentar a produtividade, reduzir as disparidades e diminuir os custos da atenção.

Além da importância da qualificação dos profissionais que compõem as ESB para que eles consigam efetivar os princípios do SUS e da ESF nas suas práticas diárias, Pimentel et al. (2015), destacam ainda que, são imprescindíveis investimentos nos serviços de saúde, a fim

de garantir uma estrutura mínima para o bom funcionamento da estratégia. Assim, diante do atual estágio de desenvolvimento e da expressiva expansão da atenção à saúde bucal dentro da atenção básica é iminente o desafio de aprimorar a estrutura e organização dos serviços ofertados pelas equipes, com propósito de consolidar a estratégia como eixo estruturante na reordenação do sistema de saúde como um todo.

Por tudo que foi apresentado, a saúde bucal no nível primário de atenção do sistema de saúde, nesse momento, carece robustecer a qualidade dos serviços oferecidos à população. Nesse sentido, a avaliação de serviços pode corroborar com o processo de mudança, evidenciando necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido, visando a oferta do cuidado de alta qualidade a população e tendo como resultado o mais alto nível de saúde possível.

2.2 Avaliação em saúde

2.2.1 Avaliação no contexto da saúde

Conceitualmente é possível encontrar inúmeras definições e interpretações do termo avaliação, mas, uma das concepções de avaliação mais difundida, devido ao seu caráter simples e abrangente, foi construída por Champagne et al. (2011), que a definem da seguinte forma: “avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

No campo da saúde as definições de avaliação são numerosas e essa multiplicidade de conceitos condiz com a complexidade e heterogeneidade peculiares a essa área. Segundo Figueiró, Frias e Navarro (2010) o crescente interesse em avaliação de saúde no Brasil está relacionado, dentre outros fatores, com os processos de descentralização do SUS, com a enorme complexidade do perfil epidemiológico do país e com a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde. Tanaka e Tamaki (2012) evidenciam que a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível em face dos problemas enfrentados pelo sistema.

Nessa perspectiva, de acordo com Sanine (2014) e Bruin-Kooistra et al. (2012), a avaliação é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízam a realidade em busca da qualidade dos serviços de saúde. Por essa ótica, a avaliação permite o diagnóstico de uma situação inicial a fim de que sejam estabelecidas metas para superação das necessidades identificadas durante o processo. Tais atividades, mesmo que sejam insuficientes para compreender a complexidade da produção social em saúde, são de suma importância para direcionar os processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

Para isso, a avaliação baseia-se na utilização de métodos e técnicas de pesquisa, na sua concepção, formulação e implementação. Assim, o julgamento a ser aplicado poderá ser resultado de uma avaliação normativa, baseada em critérios e normas, ou de uma pesquisa avaliativa, a qual o julgamento se dá a partir de um procedimento científico (CHAMPAGNE et al., 2011). As bases conceituais de ambas as abordagens metodológica terão grande relevância para o desenvolvimento do presente trabalho.

Clarificando os conceitos, Champagne et al. (2011) descrevem que a avaliação normativa tem como finalidade julgar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas. Essa metodologia emite um julgamento sobre uma intervenção comparando, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas, a fim de identificar o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação aos referenciais desejados. Os critérios e normas nos quais se apoiam as avaliações normativas podem advir dos resultados de uma pesquisa avaliativa ou fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas (*experts* na área).

2.2.2 Avaliação em saúde na atenção básica

A atenção básica vem buscando meio de inserir a avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação das ações por ela ofertada. Diversas iniciativas governamentais possibilitaram a implantação de propostas de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil. À vista disto, no ano de 1999, foi instituído o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, iniciativa que direcionou os esforços em relação ao alcance das metas pactuadas pelas três esferas de governo no SUS, e que de acordo com Fernandes et al. (2016), serviu de instrumento de

referência para monitoramento e avaliação da atenção primária em todo o país. Entretanto, Samoto (2013) alerta que essas pactuações constituíram em mero processo burocrático que, de forma geral, não induziram mudanças na oferta e na qualidade dos serviços prestados.

Outra iniciativa governamental que reforçou a prática de processos avaliativos na atenção básica diz respeito ao PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), convênio articulado e negociado no final de 2002, com financiamento internacional e contrapartida do Governo Federal brasileiro. O projeto introduziu, de acordo com Miclos, Calvo e Colussi (2015), um passo fundamental para o avanço da política de saúde no sentido de expansão do acesso, mudança do modelo de atenção e garantia de ações de saúde mais adequadas e de qualidade para a população brasileira.

A despeito dos avanços supracitados, Contarato (2011) ressalta que esses processos avaliativos apresentavam limitações, visto seu caráter prescritivo, burocrático, punitivo, expondo incipiência e pouca incorporação à prática dos serviços de saúde, além de não subsidiarem no planejamento e gestão dos serviços ofertados. Dessa forma, o desafio a ser alcançado perpassava pela criação de mecanismos institucionais que garantissem a realização de avaliações sistemáticas.

Instigados a superar esses limites, e considerando o papel da avaliação enquanto subsídio para a melhoria das ações, a partir de 2003, o Departamento de Atenção Básica investiu muitos esforços na sua institucionalização. Em consonância com a necessidade de aprimoramento da ESF em face do acelerado crescimento, em 2005, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde instituiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF. Concebido como um instrumento de autoavaliação da qualidade dirigida para gestores, coordenações e equipes de saúde da família, o projeto buscou estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, ofertando aos atores envolvidos ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções para o alcance das situações desejadas (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2007).

O AMQ utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian (estrutura, processo e resultado), enfatizando os elementos de processo com o pressuposto de que a mudança no nível organizacional conduz à melhores resultados. Para Vasconcelos (2011) o projeto AMQ é considerado como uma das primeiras iniciativas a sistematizar o tema avaliação da qualidade

em saúde no âmbito da atenção básica no país. Vale destacar que os aspectos ligados à estrutura e resultados são em menor número, mas também são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010a).

Somadas a essas ações, o DAB financiou entre 2008 e 2009, por meio da solicitação de grupos de pesquisa consolidados, estudos de avaliação em atenção básica, dentre os quais se destacaram: o estudo de implantação em quatro grandes centros urbanos (GIOVANELLA et al., 2009); o Projeto “AQUARES” que objetivou avaliar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de atenção à saúde no Brasil; e uma nova aplicação de avaliação normativa da ESF em amostra de UBS e de EqSF e ESB, visando o monitoramento da implantação e do funcionamento das equipes a partir da adaptação dos instrumentos da avaliação normativa (BARBOSA; RODRIGUES; SAMPAIO, 2010).

Na trilha do crescente apelo pela institucionalização da avaliação no SUS, buscando contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu em julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa é um dos componentes da estratégia *Saúde Mais Perto de Você*, eixo organizador da atenção básica do SUS nas gestões dos ministros Alexandre Padilha e Arthur Chioro, componente de uma série de ações de fortalecimento do SUS com prioridade estratégica para o Ministério da Saúde (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015).

Dispositivo criado com a perspectiva de fortalecer os processos avaliativos e induzir práticas que traduzam as diretrizes do SUS (CASTANHEIRA et al., 2014; FURTADO; VIEIRA-DA SILVA, 2014), o PMAQ-AB emerge com o desafio de construir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica, permitindo a análise do processo de consolidação da APS em todo território brasileiro, tendo em vista a impactante expansão da cobertura das equipes de saúde da família ao longo dos últimos anos (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012a).

Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que além de coresponsabilizar os entes federados têm a intenção de mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a contribuir na tomada de decisão. Entre os seus objetivos

específicos, destacam-se: ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão da AB; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; estimular o foco da AB no usuário (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde 2012a).

Em vista de tais propósitos, O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que “[... se complementam e conformam num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade”] (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012a). Na primeira fase chamada de ‘Adesão e Contratualização’ as equipes das unidades de saúde, gestores municipais e estaduais assumem compromissos com o Ministério da Saúde; a segunda ‘Desenvolvimento’ prevê a utilização de um questionário denominado AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade), ou outro instrumento de autoavaliação desenvolvido pelos municípios, que servem para auxiliar no planejamento e reorganização das ações, respondido pela equipe da unidade, coordenadores e gestores municipais; na terceira ‘Avaliação Externa’ a unidade de saúde recebe a visita de uma comissão de avaliação externa, que classificará seu desempenho em regular, bom ou ótimo; e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se ‘Recontratualização’.

O eixo de interesse desse trabalho foi a Avaliação Externa, momento no qual as equipes são avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da atenção básica; a estrutura e condições de funcionamento das UBS; valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e utilização, participação e satisfação dos usuários.

Para tanto, o instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB (2º Ciclo) foi composto por seis módulos: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde; Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS; Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de Saúde; Módulo IV: Entrevista com o profissional do NASF e Verificação de documentos na Unidade de Saúde; Módulo V: Observação na Unidade Básica de Saúde para a Saúde Bucal; e

Módulo VI: Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2012 a).

Para operacionalização dessa etapa, o programa contou com a participação de instituições de educação e pesquisa que vistoriaram as equipes de atenção básica através da aplicação do instrumento de avaliação que teve como base normas, protocolos, princípios e diretrizes que consolidam ações e práticas da PNAB, considerando a competência dos participantes (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015).

Posterior à avaliação externa, as ESB são certificadas, e a depender do desempenho será elevado o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes. Dessa forma, o programa promove uma mudança profunda no financiamento da AB à medida que vincula o repasse de recursos à implantação de ‘padrões’ que indicariam ampliação do acesso aos serviços, melhoria das condições de trabalho, qualidade da atenção e investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável os municípios passam a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” naquilo que o PMAQ-AB toma como objeto de contratualização e avaliação, os “padrões” (BRASIL, 2012).

Segundo Ditterich, Moysés e Moysés (2012) o uso de incentivos adquire grande interesse nessa nova abordagem de gestão por resultados e de recursos humanos, frente aos desafios atuais do setor saúde. Para além, Langenbrunner, Cashin e O’Dougherty (2009) defendem que os estímulos financeiros podem ajudar no alcance dos objetivos da política de saúde, proporcionando o acesso aos serviços de saúde necessários aos cidadãos, garantindo melhoria na qualidade do atendimento. Os autores destacam ainda que diversos gestores vêm enfatizando o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde com objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam as reais necessidades da população.

No entanto, Fontenele (2010) afirma que embora a avaliação de desempenho esteja sendo utilizada como ferramenta para o planejamento e implementação de ações e serviços de saúde, ainda são escassas as evidências sobre sua efetividade no impacto da saúde na população. Leite, Souza e Nascimento (2010) argumentam que a avaliação de desempenho pode provocar efeitos negativos no processo de trabalho, tendo em vista que os profissionais poderão se

concentrar em burlar as medidas e metas estabelecidas para continuarem recebendo os incentivos financeiros, em vez de se concentrarem na qualidade do atendimento ofertado aos usuários.

Apesar da vinculação direta com recurso financeiro, Ferla, Ceccim e Alba (2012) alertam que o programa tem a intenção de promover mudanças mais profundas na atenção básica, instituindo uma cultura de avaliação permanente no sistema de saúde, fortalecendo o que os autores denominam “inteligência da gestão” que significa a capacidade de planejar, avaliar, monitorar e ajustar os processos de gestão de forma contínua e direcionada à melhoria de resultados em termos de acesso, qualidade e níveis de saúde da população.

2.2.3 Avaliação da atenção em saúde bucal

Quanto à saúde bucal, Colussi (2010) aponta que a reorganização das ações odontológicas operacionalizada pela ESF tem sido motivo de crescentes questionamentos por parte de pesquisadores, gestores, profissionais, ou mesmo usuários, quanto aos impactos promovidos por essas mudanças. Dessa forma, Lessa e Vettore (2010) afirmam que os estudos de avaliação tornam-se potenciais ferramentas a responder a tais questionamentos, oportunizando o progressivo interesse pela avaliação da qualidade de ações e serviços em saúde bucal.

Sendo assim, para Shroff et al. (2015) a pesquisa científica possui importante papel na avaliação dos serviços de saúde bucal tendo em vista que as evidências, por ela apontadas, podem orientar o processo de construção das políticas públicas. A respeito da regularidade das pesquisas sobre a avaliação da atenção em saúde bucal em serviços de saúde no Brasil, Colussi e Calvo (2012), ao realizarem uma revisão de literatura acerca da temática, entre os anos de 2002 a 2010, encontraram 62 estudos. No entanto, considerando os estudos publicados e indexados nas bases de dados sobre avaliação da atenção em saúde bucal voltada ao serviço e sua qualidade, os autores identificaram uma escassez na literatura de trabalhos que trataram especificamente do assunto.

Martins et al. (2016) construíram uma nova revisão de artigos publicados sobre avaliação em saúde bucal no período de 2011 a 2015 nas bases de dados SciELO e PubMed e encontraram 23 trabalhos. Desses, sete abordaram a avaliação da saúde bucal na atenção básica e um referia-se avaliação na atenção de média complexidade sobre centros de especialidades

odontológicas. Para Goes e Figueiredo (2012) as lacunas identificadas na avaliação de serviços públicos odontológicos servem como obstáculos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população.

Entretanto, é válido destacar que o PMAQ-AB, segundo Goldbaum (2014), tem grande potencial de dirimir essa insuficiência, tendo em vista que o programa possibilita contribuir no processo de desenvolvimento, fortalecimento e consolidação da cultura de avaliação em saúde bucal ao inserir indicadores de desempenho e de monitoramento no maior processo de avaliação da história do SUS, reforçando a ideia de setor estratégico que a mesma ocupa no contexto da atenção básica.

2.3 Avaliação da qualidade da assistência à saúde

2.3.1 Avaliação da qualidade em serviços de saúde

Assim como o termo ‘avaliação’, o termo ‘qualidade’ tem inúmeros conceitos. Porém, nas definições de qualidade não há elementos em comum que permitam uma delimitação do seu sentido, o que confere ao termo um caráter multidimensional. Na saúde, autores como Fonseca (2009) e Colussi (2010) afirmam que o conceito de qualidade é difícil de ser estabelecido, podendo ter distintas perspectivas.

Diante das diversas concepções de qualidade na atenção em saúde, destaca-se a proposta por Donabedian (1988) que a interpreta da seguinte maneira “Qualidade é uma propriedade de, e um juízo sobre, um elemento da atenção”. O conceito de juízo é a chave para a compreensão do significado de qualidade – juízes com valores diferentes chegam a conclusões diferentes, segundo as suas preferências e prioridades. O autor sugere ainda que os juízes poderiam ser categorizados em três grupos: pacientes, profissionais e planejadores.

Nessa lógica, Campos (2005) concorda que a descrição sobre o que venha a ser qualidade depende do lugar que o sujeito ocupa dentro do sistema de saúde. Os responsáveis pela provisão e gestão dos serviços tendem a focalizar a sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como rendimento, custo e eficiência. No ambiente de prestação dos serviços, os profissionais têm como expectativas a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, excelência técnica, acesso à tecnologia, aprimoramento dos processos individuais e coletivos

do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho. Por outro lado, o usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas e necessidades de saúde.

Por esse motivo, Castanheira et al. (2016) evidenciam que a definição do que é qualidade da assistência não é tarefa fácil, uma vez que permite diferentes interpretações e remete a várias esferas da produção do cuidado. Para o autor, um ponto essencial para a discussão sobre qualidade é considerar que sua construção deve se dar a partir do aumento da responsabilidade e compromisso com o “cuidar” tendo como base os processos de trabalho desenvolvidos pelos diferentes profissionais da equipe na atenção básica.

Caracterizada por uma variedade de abordagens metodológicas, pesquisadores da área da avaliação de qualidade em saúde, consensualmente, destacam a proposta idealizada por Avedis Donabedian como uma das mais utilizadas na saúde. Com mais de cinquenta artigos escritos e 08 livros publicados, o autor transformou os sistemas de saúde em campos de pesquisa para a avaliação da qualidade da atenção à saúde. O quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988) apresenta duas vertentes principais: a primeira baseada no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado; e a segunda fundamentada em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade.

Nessa última vertente, extensivamente conhecida como “the seven pillars of quality”, Donabedian (1990) define cada atributo da seguinte forma: EFETIVIDADE (resultado alcançado, ou seja, é o resultado do cuidado obtido na situação real); EFICIÊNCIA (relacionada ao custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada); EFICÁCIA (o melhor que se pode fazer, dadas as condições mais favoráveis); EQUIDADE (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população); ACEITABILIDADE (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias); OTIMIZAÇÃO (processo de se adicionarem benefícios proporcionalmente aos custos acrescidos que justifiquem sua razão de ser); e LEGITIMIDADE (aceitabilidade do cuidado da forma com que é visto pela comunidade ou sociedade em geral).

Quanto ao modelo sistêmico, explicitado em seu artigo fundamental, Donabedian (1966) introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado que se constituem em paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde. O método propõe que a avaliação deve se dar a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultado, assim, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo favorece um bom resultado.

Nessa concepção de avaliação de qualidade a Estrutura refere-se aos fatores organizacionais do sistema, incluindo recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. Os recursos são classificados em materiais (instalações e equipamentos), humanos (profissionais), financeiros (organização fiscal) e organizacionais (estrutura administrativa) (DONABEDIAN, 2005; PEREIRA, 2012). Para Colussi (2010) embora a estrutura seja essencial para assegurar a qualidade da assistência, a avaliação pautada somente nesse componente é fragilizada, considerando que esse elemento oferece menos informação sobre a qualidade da assistência. Nessa lógica, Corrêa e Celeste (2015) ressaltam que um mínimo de estrutura é necessário, mas não suficiente para garantir cuidados de elevada qualidade, pois estes também dependem de outros fatores.

Por sua vez, o Processo consiste no conjunto de atividades desenvolvidas para transformar os recursos em resultados, corresponde essencialmente ao cuidado em saúde, sendo um conceito diretamente relacionado ao uso dos serviços. Com a análise do processo procura-se saber se o que se conhece como adequados cuidados em saúde está sendo aplicado. O autor considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. (DONABEDIAN, 2005).

No que diz respeito ao Resultado, esse compreende os produtos das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. Consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. São comparados os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados (CHAMPAGNE et al., 2011).

Entretanto, vale destacar que o próprio Donabedian (1992) alerta para os limites do modelo sistêmico, uma vez que constitui uma versão simplificada da realidade. Silva e Formigli (1994) evidenciam ainda que este enfoque teórico executa, por vezes, homogeneização de

fenômenos de naturezas distintas, como, por exemplo, recursos materiais e humanos enquadrados sob a mesma legenda 'estrutura'. Além disso, esse referencial parte da existência de uma ordem e direcionalidade entre os componentes que podem não acontecer, uma vez que a estrutura necessariamente não influi no processo, e o processo nem sempre guarda relação com o resultado. Pereira (2012) destaca ainda que as três categorias que compõem o modelo nem sempre são facilmente separadas. Enquanto a distinção entre estrutura e os outros componentes é aparentemente mais simples de ser feita, o mesmo não ocorre com processo e resultado, existindo, por muitas vezes, controvérsias.

Ainda sobre as fragilidades desse modelo de avaliação, Tanaka e Melo (2004) o questionam, seja por seu direcionamento da inter-relação entre os fatores avaliados, priorizando o fator processo, seja por entendê-lo reducionista, pois desconsidera as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, diminuindo sua cientificidade.

No entanto, apesar das reflexões sobre o modelo sistêmico proposto por Donabedian, a abordagem metodológica baseada na tríade continua a ser um dos modelos mais empregado em avaliação de qualidade na saúde. Apesar dos limites da proposta metodológica alicerçada nos componentes- estrutura, processo e resultado- esse referencial teórico é muito utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde em virtude de sua utilidade e simplicidade. Ademais, Frias et al. (2010) defendem que qualquer teoria apresenta limitações, não conseguindo apreender toda a complexidade dos aspectos relacionados com as ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real.

Portanto, esse referencial metodológico destaca-se como uma importante ferramenta utilizada nos estudos que envolvem a avaliação da qualidade em serviços de saúde na atenção básica, sendo o guia referencial nesse estudo.

2.3.2 Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal

No campo da saúde bucal, Colussi (2010) em pesquisa para identificar estudos indexados e publicados sobre avaliação da qualidade da atenção odontológica no país, identificou 56 estudos de avaliação assim classificados: 28 estudos de avaliação clínica, 11 estudos de avaliação voltados ao ensino ou relacionados ao serviço prestado nas faculdades de odontologia, e 17 estudos de avaliação da qualidade do serviço ou da assistência em saúde

bucal, dos quais 07 eram pesquisas de satisfação dos usuários. Da mesma forma como acontece na saúde, como um todo, a avaliação da qualidade de serviços e ações em saúde bucal é objeto recente de pesquisas, o que se confirmou pelas recentes datas de publicação dos trabalhos encontrados.

Colussi e Calvo (2012) acrescentam que forte incremento no estado da arte sobre o tema-avaliação da qualidade de serviços e ações- tem sido observado a partir da inclusão da ESB na ESF. Segundo Silva (2008) o desafio de aprimorar o desenvolvimento organizacional e intensificar os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde está posto e apresenta como propósito a progressiva reorganização da atenção básica em saúde bucal. Neste sentido, a utilização da avaliação da qualidade constitui-se ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade. Por conseguinte, Martins et al. (2016) reforçam a necessidade de estudos que avaliem a qualidade da atenção à saúde bucal prestada à população em geral, a fim de prover a melhoria contínua da atenção com equilíbrio de custos, gerando um atendimento de qualidade para o usuário.

Dito isso, considerando os objetivos da proposta de avaliação da qualidade, como parte de uma iniciativa de qualificação que permitirá impulsionar o desenvolvimento da atenção em saúde bucal na ESF, entende-se que a sua implantação seja de interesse imediato, uma vez que tal iniciativa poderá fornecer informações de diversos aspectos para a melhoria tanto da gestão quanto da prestação de serviços. Portanto, a importância desse tema está no fato de que a qualidade ofertada por esse nível de assistência presta um papel primordial para que se alcance melhores resultados em saúde.

2.4 Indicadores de saúde

2.4.1 O uso de indicadores na atenção básica

A reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde que a ESF foi estabelecida como reorientadora da atenção básica, entretanto, autores como Carneiro Jr., Nascimento e Costa (2011) e Heimann et al. (2011) destacam que a expansão e consolidação da atenção básica à saúde não tem sido uma tarefa fácil de ser alcançada. Nesse contexto, indicadores de saúde constituem-se em potentes instrumentos para o processo de

acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços ofertados nesse nível de atenção (MATOS, 2014).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sendo que, o monitoramento dos indicadores contribui de forma expressiva para o fortalecimento da atenção básica, de acordo com Batista (2010), tendo em vista que a pactuação de indicadores propicia reflexões sobre quais são os ajustes necessários para conseguir alcançar os resultados esperados para cada indicador. Ademais, os esforços realizados para o aperfeiçoamento dos processos de pactuação possibilitam maior integração entre as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde na busca pela melhoria da capacidade de gestão e avaliação.

Portanto, visando orientar os processos de avaliação e monitoramento da atenção básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, através da Portaria GM/MS 3.925 de 1998, que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”. (BRASIL, 1998). Desde então, publicados anualmente, por meio de portarias específicas, os pactos têm como conteúdo as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem acordados pelos gestores, servindo como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica.

Em 2006, no decurso de ampliar o monitoramento dos recursos e o impacto das ações de saúde na população, um conjunto de reformas institucionais do SUS foi pactuado, introduzindo novas portarias e novos indicadores, os quais constituíram o Pacto pela Saúde- Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006). Segundo Fernandes et al. (2016) essa iniciativa teve como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinindo as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social.

Nessa trajetória, segundo Tamaki et al. (2012) com o propósito de organizar e integrar as ações e os serviços, em regiões de saúde, buscando garantir a integralidade da assistência aos usuários, em 2011, foi incorporado mais um instrumento de pactuação- o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). E, reconhecendo as iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, publica-se também em 2011 a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incorporando o PMAQ-AB como uma estratégia de indução de melhorias no acesso e qualidade da atenção básica, que organizado em quatro fases, tem na primeira etapa a contratualização de compromissos e indicadores, perfazendo um total de 47 indicadores pactuados entre as equipes participantes e a gestão (FAUSTO et al., 2014).

A escolha dos quarenta e sete indicadores obedeceu aos seguintes critérios: restrições àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) - por ser esse o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada; priorização de indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto Pela Saúde e utilizados na composição do IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde); e articulação com as prioridades definidas pelas três esferas de governo (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012a).

2.4.2 O uso de indicadores em saúde bucal

Em relação à atenção em saúde bucal, Corrêa e Celeste (2015) apontam para escassez de indicadores de saúde bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Os autores identificaram que, no Pacto de Indicadores da AB para 2003, apenas dois indicadores tratavam de saúde bucal. Quanto ao Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011, por sua vez, inicialmente não havia indicador odontológico (Portaria nº 2669/09), erro corrigido com a Portaria 3.840, de 07 de dezembro de 2010, a qual incluiu os indicadores “cobertura populacional estimada das ESB/ESF” e “média da ação coletiva de escovação supervisionada” (BRASIL, 2009, 2010a).

Com o PMAQ-AB a quantidade de indicadores de saúde bucal foi ampliada para sete, sendo quatro de desempenho- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante e Razão entre tratamentos concluídos e primeiras

consultas odontológicas programáticas; e três de monitoramento- Média de instalações de próteses dentárias, Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante e Taxa de incidência de alterações da mucosa oral; oriundos do Siab e do eSUS/SISAB. (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012a)

Para Fischer et al. (2010) a utilização de indicadores da Atenção Primária em saúde bucal visa contribuir no planejamento, na gestão, na avaliação de políticas e na necessidade de avaliar a ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal nos municípios. Magri et al. (2014) destacam ainda, sua importância ao possibilitar uma ampla visão do que foi produzido em termos de procedimento e atendimentos odontológicos. Carnut, Figueiredo e Goes (2010) acrescentam que a utilização de indicadores de saúde bucal tem possibilitado à saúde bucal, no SUS, experimentar uma prática planejada a partir do diagnóstico territorial e de avaliações periódicas, permitindo uma avaliação do desempenho das equipes e da evolução da situação da saúde bucal como um todo.

Entretanto, Fernandes et al. (2016) chamam atenção para qualidade e disponibilidade dos dados necessários para construção dos indicadores. Os autores revelam que problemas na confiabilidade dos dados disponíveis em nível local e nacional não podem ser ignorados, uma vez que a qualidade do indicador depende diretamente da qualidade do dado que servirá para o seu cálculo.

Para Colussi et al. (2010) a baixa qualidade dos sistemas de informações disponíveis é um dos principais obstáculos à prática de processos avaliativos em saúde bucal por meio do uso de indicadores. A fragilidade nos registros das ações está relacionada, segundo Pimentel (2010), com questões de sub-registros, ou até superdimensionamento desses procedimentos. Pode existir, por exemplo, subnotificação e erro de notificação em taxas de procedimentos específicos. Supernotificação, por sua vez, pode ser esperada em municípios que gratificam os profissionais por desempenho e naqueles em que existe supervisão sobre metas de produtividade, a exemplo de serviços terceirizados.

Apesar das limitações acima explicitadas é imprescindível a utilização dos Sistemas de Informação de Saúde como fonte de dados para estudos. Vale destacar que, a utilização das informações disponíveis pode colaborar na melhoria progressiva da qualidade dos dados, uma vez que não se pode esperar até que a informação produzida esteja perfeita para que a mesma seja divulgada, o importante é deixar claro todas as limitações presentes nesta informação.

Pois, segundo Sartori et al. (2015) sabe-se que utilização de indicadores no processo de monitoramento e avaliação da atenção à saúde bucal possibilita realizar uma reflexão crítica acerca do modelo assistencial, das ações desenvolvidas e do processo de trabalho. Mas, para isso, é essencial que os profissionais de saúde bucal tenham ciência da importância de realizar o registro diário correto de todos os procedimentos e atividades realizadas com o objetivo de se manter uma base em informações contínuas, de qualidade e confiáveis.

Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS, e um importante critério de qualidade da AB, dessa forma, espera-se que os resultados nos indicadores representem, em alguma medida, o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da atenção básica, devendo haver uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas na atenção básica (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2013).

De acordo com Magri et al. (2014) enquanto não houver incorporação da rotina de uso de indicadores no processo de trabalho corre-se o risco de atuar somente em livre demanda de atendimento, sem qualquer planejamento ou diagnóstico do território. Para o autor, a finalidade dos Sistemas de Informação, e conseqüentemente dos dados produzidos a partir deles, não deve ficar restrita somente a previsões orçamentárias, mas sim ser direcionada para o fortalecimento das equipes e a construção de uma prática com maiores resolubilidade, equidade, integralidade e universalidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado) da atenção primária em Pernambuco.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura e o processo de trabalho nos municípios de Pernambuco, em seguida enquadrando-os em diferentes padrões de qualidade de acordo com a organização e o funcionamento das equipes de saúde bucal;
- b) Verificar o desempenho dos indicadores de saúde bucal da atenção primária nos municípios de Pernambuco;
- c) Verificar a associação entre as variáveis dos padrões de qualidade municipais das equipes de saúde e os indicadores de saúde bucal da atenção primária;
- d) Distribuir espacialmente, por meio de mapas temáticos e de correlação espacial, a relação encontrada entre os padrões de qualidade municipais das equipes de saúde e os indicadores de saúde bucal da atenção primária;
- e) Realizar uma oficina direcionada aos coordenadores de saúde bucal dos municípios de Pernambuco, em parceria com a coordenação de saúde bucal estadual, a fim de apresentar e disponibilizar os resultados alcançados nessa pesquisa.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo híbrido que mesclou abordagens avaliativas e ecológicas em saúde. Estudos ecológicos segundo Aquino et al. (2013) são aqueles que têm como unidade de análise conjuntos de indivíduos (denominados agregados) e não indivíduos isolados. Por sua vez, o referencial avaliativo teve como alicerce o modelo Donabediano. Para Magalhães et al. (2015) o referencial teórico sistêmico proposto pelo autor - a tríade estrutura, processo e resultado - reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento. Segundo Frias et al. (2010) essa abordagem metodológica é a mais usada para avaliação da qualidade de programas e serviços de saúde em decorrência de sua utilidade e simplicidade.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira correspondeu a uma avaliação do tipo normativa dos componentes, estrutura e processo que, segundo Champagne et al. (2011) utiliza critérios, normas ou padrões como referência para verificar a correspondência com a realização de programas ou serviços na prática. Com isso, pretendeu-se realizar uma análise descritiva dos componentes, seguida pela construção dos padrões de qualidades municipais das ESB que participaram da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. A segunda etapa referiu-se a uma análise de indicadores de saúde bucal na atenção primária com vista a testar a sua associação com os padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal.

4.2 Área de estudo

O estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios que segundo estimativas intercensitárias do IBGE para 2014 apresentava uma população de 9.277.727 habitantes, e conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) possuía 2.137 equipes de atenção básica e 1.516 equipes de saúde bucal em dezembro de 2014. Nesse ano a cobertura das equipes de saúde bucal atingiu 63,06% da população do estado.

4.3 Período do estudo

As informações trabalhadas para construção dos padrões de qualidade municipais foram referentes a 2014, ano que foi realizada a avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. Os dados secundários, relativos aos indicadores de saúde bucal, corresponderam ao mesmo ano de referência da avaliação externa. A opção por trabalhar com as informações do 2º ciclo do programa deve-se ao fato que nesse ciclo houve uma separação da coleta dos dados das ESB em relação às equipes de atenção básica permitindo com isso a individualização dos dados referentes à atenção a saúde bucal, situação que não é possível com alguns dados coletados do 1º ciclo do programa. Soma-se a isso, o curto intervalo entre os ciclos do PMAQ-AB, provavelmente com poucas alterações entre as informações a serem estudadas.

4.4 Universo e amostra do estudo

A respeito da adesão ao PMAQ-AB (2º ciclo), 1.354 (89,3%) ESB participaram do programa, distribuídas entre 183 (98,9%) municípios de Pernambuco. Do total de ESB envolvidas no processo de avaliação 1.317 (97,3%) foram certificadas quanto ao desempenho das equipes na seguinte disposição: 167 ESB certificadas como muito acima da média, 405 ESB acima da média, 556 ESB mediano ou abaixo da média e 189 ESB insatisfatório (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015). Por sua vez, o banco de dados disponibilizado pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM)- instituição responsável pela etapa de avaliação externa no estado, e que serviu como base para o presente estudo, apresentou 1.140 ESB, distribuídas por 169 municípios. O processamento e validação das informações das equipes certificadas pelo Ministério da Saúde (1.317 ESB), através da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ESNP-FIOCRUZ), pode explicar o porquê da diferença de 214 equipes a menos constantes no banco de dados que serviu de referência para esse estudo.

Assim, a amostra do estudo correspondeu a 1.140 ESB envolvidas no processo de avaliação externa do PMAQ-AB (2º Ciclo), tendo em vista que das 1.516 ESB implantadas em Pernambuco no ano de 2014, 376 (24,80%) foram suprimidas por não atenderem as especificações abaixo descritas.

Como critérios de inclusão foram considerados: 1. A ESB está implantada no município do estado de Pernambuco no período da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB; 2. A ESB ter realizado adesão ao PMAQ-AB (2º ciclo); 3. A ESB ter tido seus dados da avaliação externa processados e validados pela ENSP-FIOCRUZ. Os critérios de exclusão considerados foram: 1. ESB não ter feito adesão ao PMAQ-AB (2º ciclo); 2. A ESB ter feito a adesão ao programa, mas a avaliação externa não ter sido realizada. 3. ESB ter feito adesão ao programa, ter participado da avaliação externa, mas não ter tido os dados processados e validados pela ENSP-FIOCRUZ.

4.5 Fontes de dados e instrumentos de coleta

4.5.1 Avaliação externa PMAQ-AB (Variáveis independentes)

Para a obtenção dos dados sobre avaliação da qualidade municipal das equipes no que tange aos aspectos estruturais e o processo de trabalho, foram consideradas as informações geradas a partir dos Módulos V e VI do instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB (2º ciclo) em Pernambuco.

O instrumento de avaliação externa para a ESB está organizado em três módulos:

- a) **Módulo III** – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde bucal;
- b) **Módulo V** – Observação na Unidade Básica de Saúde para a Saúde Bucal;
- c) **Módulo VI** – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.

A opção por não trabalhar com os dados do Módulo III (Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde) é por entender que a entrevista de quatro usuários por ESB não garante a representatividade necessária a um estudo de abordagem quantitativa, apesar de reconhecer a importância dos aspectos referentes à satisfação do usuário como um excelente instrumento de avaliação da qualidade do atendimento prestado. Ademais, a amostra dos usuários foi por conveniência, sem estabelecer uma sistemática para a seleção dos usuários, o que possibilita diversos vieses de seleção.

As informações coletadas no instrumento da avaliação externa que versava sobre a dimensão “Estrutura e condições de funcionamento da UBS” (Módulo V) incluiu 88 variáveis, enquanto que, a dimensão “Processo de trabalho das ESB” (Módulo VI) englobou 74. **Quadro 01.**

Quadro 01. Descrição das Dimensões, Subdimensões e número de variáveis de interesse do instrumento de avaliação externa.

DIMENSÃO	SUBDMENSÃO	Nº VARIÁVEIS
ESTRUTURA DAS UBS	Características Estruturais e Ambiente	06
	Equipamentos	21
	Instrumentais Odontológicos	36
	Insumos	25
PROCESSO DE TRABALHO DAS ESB	Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho	08
	Reunião da equipe	08
	Organização dos prontuários na unidade de saúde	03
	Organização da agenda	03
	ESB como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde	21
	Oferta e resolubilidade das ações da ESB	20
	Atenção ao câncer de boca	03
	Atenção ao pré-natal	01
	Atenção à criança de até os 05 (cinco) anos de idade	01
	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	02
	Acesso à prótese dentária	01
	Programa Saúde na Escola	03
RESULTADO	Indicadores de saúde bucal	04

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Brasil (2012a)

O recorte que esse estudo se propôs a realizar no instrumento usado na avaliação externa resultou no manuseio de 162 variáveis que permitiram a construção dos padrões de qualidade municipais das ESB, somados aos 04 indicadores de saúde bucal do componente resultado, perfaz um total de 166 variáveis trabalhadas (**Apêndices A, B e C**).

4.5.2 Indicadores de saúde bucal (Variáveis dependentes)

Os dados referentes aos indicadores de saúde bucal foram obtidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), banco de dados do Ministério da Saúde – DATASUS –, no site <http://www.datasus.gov.br>. Segundo Cardoso e Vieira-da-Silva (2012) o SIA-SUS é importante ferramenta para o monitoramento da cobertura de algumas ações básicas de saúde, permitindo um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica, orientando assim a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

Além dos dados do SIA/SUS, também foram necessários para a construção dos indicadores, informações sobre a população presente nos municípios no ano de 2014, obtidos através do site do DATASUS, embora sejam projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para efeitos deste trabalho foram consideradas a média anual- ano de referência 2014- para cada um dos indicadores (**Apêndice C**). São eles:

- a) **Cobertura de primeira consulta odontológica programática:** Indica o acesso da população geral à assistência odontológica individual, excluindo-se consultas de urgência e emergência.
- b) **Média de atendimento de urgências odontológicas:** Esse indicador auxilia no planejamento da equipe de saúde bucal, permitindo que ela avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. Em longo prazo, também permite avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular.
- c) **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada:** Indica a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental com orientação de um profissional de saúde visando à prevenção de cárie dentária e doença periodontal.
- d) **Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática:** Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

4.6 Análise dos dados

Para realização dessa etapa utilizou-se o programa Microsoft Excel com o propósito de organizar três bancos de dados. No primeiro banco constaram as informações dos municípios a respeito da estrutura e condições de funcionamento das equipes de saúde bucal. A segunda base de dados foi elaborada a partir das informações do processo de trabalho das ESB. E o terceiro banco contou com a média anual dos indicadores da assistência odontológica por município. Posterior a essa fase, a análise e processamento dos dados foi realizada através do software *Statistical Package for Social Sciences - SPSS®* versão 20 for Windows®, no qual foram computados os números de conformidades e não conformidades por equipe de saúde

bucal em cada uma das dimensões avaliadas. Cada dimensão, por sua vez, foi representada pela média dos escores de adequação das subdimensões que a compunham, representado pelo número de conformidades ou concordância aos parâmetros apresentados no PMAQ-AB para cada variável analisada.

A partir das pontuações obtidas por ESB foram calculadas as médias para cada município com a intenção de construir os padrões de qualidade municipais. Os parâmetros para classificação e análise dos padrões de qualidade municipais das ESB foram criados a partir de quartis através de métodos estatísticos. Na apresentação dos dados optou-se pela junção dos intervalos moderados, dessa forma os municípios foram classificados quanto à organização de suas equipes em:

- a) Satisfatória (municípios com valores no percentil $\geq 75\%$);
- b) Intermediária (municípios com valores entre os percentis $<75\%$ a $>25\%$);
- c) Insatisfatória (municípios com valores no percentil $\leq 25\%$).

A fim de responder o objetivo central desse trabalho, após o processamento dos dados foi verificada a correlação entre os escores das dimensões (Estrutura das UBS e Processo de trabalho das ESB) com a média dos indicadores da assistência odontológica na atenção primária através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, visto que por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov constatou-se que as variáveis não obedeciam à distribuição normal. O nível de significância admitido foi de 5%. Segue abaixo o **quadro 2** com as variáveis utilizadas no estudo:

Quadro 02. Relação das variáveis utilizadas no estudo

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	- Componente estrutura das ESB; - Componente processo das ESB.
--------------------------------	---

VARIÁVEIS DEPENDENTES	- Cobertura de primeira consulta odontológica programática; - Média de atendimento de urgências odontológicas; - Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; - Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática.
------------------------------	--

Fonte: Elaborada pela autora

Os indicadores da assistência odontológica representaram, nesse estudo, as variáveis dependentes que refletem o resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal, adotadas pelos municípios. O desempenho geral dos municípios com relação aos indicadores estudados foi apresentado pela média anual dos indicadores para cada grupo do padrão de qualidade (satisfatório, intermediário e insatisfatório) nas dimensões estrutura e processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

4.7 Análise espacial

Para a análise espacial foi utilizada a base cartográfica de Pernambuco, contendo 184 municípios digitalizados, excluindo o território de Fernando de Noronha, pelo fato de não pertencer à área continental do estado, o que inviabilizaria as análises espaciais. À vista disso, foram construídos mapas temáticos com a distribuição dos padrões de qualidades municipais e a representação dos tercis (categorizados em alto, médio e baixo) para cada um dos indicadores de saúde bucal analisados nos casos em que as variáveis dependentes e independentes apresentaram associação estatisticamente significativa.

A fim de explorar a dependência espacial dessas variáveis, foi calculado o índice de autocorrelação espacial de Moran. Este teste é utilizado como verificação da presença de cluster espacial, precisando para isso do cálculo da significância do valor encontrado. A função de autocorrelação espacial mede a correlação da própria variável no espaço. Quando medida no mesmo local será sempre UM, porém, quando a correlação de uma variável é medida nas áreas vizinhas assumirá um valor que varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo de 1(um), indica maior semelhança entre vizinhos; o valor 0 (zero) significa inexistência de correlação e os valores negativos indicam dessemelhança. (COSTA; MORAES, 2009). Optou-se pela representação da dependência espacial apenas das variáveis que apresentaram para o cálculo do Índice Global de Moran nível de significância espacial de 5 %.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo está em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (nº2.147.398/2017) em 29 de Junho de 2017;

Foi obtida a carta de anuência ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães- CPQAM/ FIOCRUZ instituição responsável por coordenar a execução da avaliação externa em Pernambuco, sob a coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), para utilização dos dados do PMAQ-AB (2º Ciclo);

Benefícios: a pesquisa tem o potencial de contribuir para o fortalecimento da atenção a saúde bucal na ESF, uma vez que poderá orientar a distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal em Pernambuco, considerando as especificidades das realidades locais e regionais do estado a partir dos achados desse estudo.

Riscos: possíveis constrangimentos e desconforto no caso dos produtos obtidos apresentarem resultados insatisfatórios relacionados com o processo de trabalho desenvolvido. Entretanto, a fim de minimiza-los foi garantido o sigilo sobre qualquer tipo de identificação das equipes participantes.

6 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados, primeiramente será realizada uma análise descritiva considerando-se os componentes da estrutura e do processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Posteriormente, serão apresentados os produtos da consolidação da análise desses componentes, utilizando-se os procedimentos da estatística descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequência) para identificar os diferentes padrões de qualidade municipais de acordo com a organização e o funcionamento das equipes. Na sequência, serão evidenciados os comportamentos dos indicadores de saúde bucal e a sua associação com as variáveis dos padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal. Por fim, serão apresentados os mapas temáticos e de correlação espacial.

6.1 Análise descritiva das equipes de saúde bucal

6.1.1 Estrutura das equipes de saúde bucal

A respeito da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, com base no banco de dados analisado, 169 municípios do estado participaram desse momento, por meio de 1.140 ESB, representando um total de 75,20% das equipes implantadas em Pernambuco no ano de 2014. Dentre as quais: 1.065 (93,4%) foram classificadas como modalidade I (compostas por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal ou um técnico em saúde bucal), 72 (6,3 %) como modalidade II (compostas por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal) e 03 (0,03%) ESB parametrizadas.

Concernente a análise das *características estruturais e de ambiência dos consultórios* avaliados observou-se que as instalações não são adequadas, em um número expressivo de consultórios, o que pode ser observado em proporções variáveis conforme as informações expressas na **TABELA 1**.

TABELA 1. Características estruturais e de ambiência dos consultórios odontológicos, Pernambuco, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Boa ventilação ou climatização	901	79%	239	21%
Boa iluminação	994	87,2%	146	12,8%
Pisos e paredes com superfícies laváveis	737	64,6%	403	35,4%
Boa acústica	806	70,7%	334	29,3%
Privacidade no atendimento dos usuários	1052	92,3%	88	7,7%
Todos os itens presentes	486	42,63%	654	57,37%

Fonte: Elaborada pela autora

Em síntese, das ESB avaliadas em Pernambuco apenas 42,63% atingiram os cinco padrões de referências elementares do conjunto de dimensões para os aspectos de estrutura e ambiência dos consultórios odontológicos.

Quanto aos *equipamentos*, a cadeira odontológica, artigo essencial para o desenvolvimento das atividades clínicas, estava presente em 1.136 (99,6%) das ESB. Dos 21 itens examinados nessa subdimensão, 09 deles (cuspideira, sugador, refletor, mocho, cart, compressor, amalgamador, caneta de alta rotação e fotopolimerizador) estavam disponíveis em mais de 92% das equipes investigadas. Em contrapartida, constatou-se a ausência de importantes equipamentos utilizados na realização de ações e serviços de saúde bucal, pois apenas 56,8% das equipes apresentaram autoclave; 11,7% possuíam jato de bicarbonato; 10,8% contavam com negatoscópio; 10,1% tinham ultrassom disponível; e somente 6,3% dispunham de seladora.

Acerca dos *instrumentais odontológicos*, observou-se que dos 36 itens analisados, 21 constavam em mais de 90% das ESB investigadas. Entretanto, instrumentais relacionados com o procedimento clínico de abertura coronária (cânula para aspiração endodôntica- 12,3%; e extirpa-nervos- 14,1%) e instrumentais referentes à fase clínica de instalação da prótese dentária (espátula para gesso -10,2%; moldeiras -4,4%; e gral de borracha - 8%) apresentaram baixa disponibilidade.

Quanto aos *insumos*, 15 (60%) dos materiais de consumo estavam presentes em mais de 90% das equipes participantes. Itens como anestésico sem vasoconstrictor (84,7%); medicação intracanal para polpa viva e polpa necrosada (81,8%); papel carbono (87,6%); e caixas de descartes para material perfurocortante (89,8%) estavam disponíveis em mais de 80% das equipes. Não obstante, cabe aqui o destaque para a oferta aquém do esperado de insumos importantes utilizados na realização de procedimentos dentários restauradores, como

amalgãma em cápsula e selantes, identificados, respectivamente, em 58,1% e 61,6% das equipes.

6.1.2 Processo de trabalho das equipes de saúde bucal

Com relação a análise descritiva da dimensão processo de trabalho das ESB, quanto ao *Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho*, destaca-se a quantidade expressiva de equipes (88,3%) que executaram atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente, dos quais 72,7% realizaram essa atividade juntamente com as equipes de atenção básica e 15,6% desenvolveram essas reuniões apenas com a equipe de saúde bucal.

Ainda sobre esse tema, 67,7% afirmaram realizar monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal; 75,4% relataram ter participado de algum processo de autoavaliação nos últimos 06 meses; e 67,6% das equipes avaliadas reconheceram que utilizaram as informações da autoavaliação para organização do processo de trabalho das equipes.

Ao examinar o aspecto *Reunião de equipe* sublinha-se que 71,5% das ESB participavam das reuniões com as equipes de atenção básica. Outras informações sobre essa subdimensão estão expostas na **TABELA 2**, abaixo.

TABELA 2. Distribuição das ESB participantes do PMAQ-AB quanto a subdimensão Reunião de equipe, Pernambuco, 2014.

REUNIÃO DE EQUIPE	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	815	71,5%	272	23,9%
Planeja considerando a construção de uma agenda de trabalho	1071	93,9%	69	6,1%
Planeja considerando as metas para a atenção básica pactuada pelo município	1010	88,6%	130	11,4%
Planeja considerando as informações do sistema de informação da atenção básica	924	81,1%	216	18,9%
Planeja considerando as informações locais	920	80,7%	220	19,3%
Planeja considerando questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades	875	76,5%	264	23,2%
Planeja considerando questões ambientais do território	769	67,5%	371	32,5%
Planeja considerando os desafios apontados a partir da autoavaliação	872	76,5%	268	23,5%

Fonte: Elaborada pela autora

Considerando o tema, *Organização dos prontuários*, quanto ao armazenamento da ficha clínica odontológica no prontuário da família, a organização dos prontuários por núcleos familiares e a existência de um modelo padrão para o preenchimento da ficha clínica, essas condições foram encontradas, respectivamente, em 74,8%, 79,2% e 95,2% das ESB.

Ao investigar o tema, *Organização da agenda*, observou-se que 78,9% das ESB que aderiram ao programa compartilhavam a agenda da bucal com outros profissionais da ESF; 94,5% organizavam a agenda de forma a ofertar atividades de educação em saúde no território; e 82,1% garantiam o retorno para continuidade do tratamento odontológico aos usuários que ingressavam no serviço.

Quanto ao exame da subdimensão, *ESB como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde*, evidenciou-se que apenas 68,2% das ESB possuíam rede disponível para oferta de consulta especializada. As especialidades de referência citadas estavam disponíveis para as equipes nas seguintes proporções representadas na **TABELA 3**.

TABELA 3. Distribuição das ESB participantes do PMAQ-AB quanto a subdimensão ESB como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde, Pernambuco, 2014

ESB da atenção básica como coordenador dos cuidados	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Cirurgia oral	700	61,4	440	38,6
Endodontia	655	57,5	485	42,5
Pacientes com necessidades especiais	612	53,7	528	46,3
Periodontia	604	53	536	47
Estomatologia	531	46,6	609	53,4
Radiologia	593	52	547	48
Ortodontia / ortopedia	107	9,4	1033	90,6
Implantodontia	25	2,2	1115	97,8
Odontopediatria	446	39,1	694	60,9

Fonte: Elaborada pela autora

Dentre os procedimentos que foram verificados na análise do tema, *Oferta e resolubilidade das ações da ESB*, os números encontrados na pesquisa revelaram que se atende parcialmente ao disposto nas atribuições do cirurgião-dentista dentro das equipes de atenção básica em Pernambuco, pois há insuficiência no atendimento de pequenas cirurgias e procedimentos relacionados à cimentação de prótese, conforme demonstra a **TABELA 4**, por meio dos dados em destaque.

TABELA 4. Procedimentos odontológicos ofertados pelas ESB participantes do PMAQ-AB. Pernambuco, 2014.

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Drenagem de abscesso	968	84,9%	172	15,1%
Acesso à polpa dentária	1053	92,4%	87	7,6%
Aplicação tópica de flúor	1130	99,1%	10	0,9%
Exodontia de dente decíduo	1126	98,8%	14	1,2%
Exodontia de dente permanente	1130	99,1%	10	0,9%
Restauração de amálgama	1094	96,0%	46	4,0%
Restauração de resina composta	1122	98,4%	18	1,6%
Restauração em dente decíduo	1127	98,9%	13	1,1%
Pulpotomia	1033	90,6%	107	9,4%
Raspagem, alisamento e polimento supragengival	1122	98,4%	18	1,6%
Tratamento de alveolite	1030	90,4%	110	9,6%
Sutura de ferimento por trauma	840	73,7%	300	26,3%
Remoção de dentes impactados	303	26,6%	837	73,4%
Frenectomia	251	22%	889	78%
Remoção de cistos	188	16,5%	952	83,5%
Ulectomia/ulotomia	789	69,2%	351	30,8%
Cimentação de prótese	661	16,9%	479	83,1%

Fonte: Elaborada pela autora

Relativo à subdimensão, *Atenção ao câncer de boca* quanto à realização de ações de prevenção e detecção dessa patologia, 81,7% das equipes afirmaram executar essas atividades. Ainda sobre o tema, os achados revelaram que apenas 29,4% possuíam registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca e 78% dispunham de um serviço de referência para encaminhamento dos casos suspeitos de câncer.

No tocante a *Atenção ao pré-natal e Atenção à criança de até 05 anos de idade*, evidenciou-se que quase a totalidade das equipes entrevistadas fizeram o acompanhamento das gestantes, por meio de consultas odontológicas (96,8%), e realizaram atendimento clínico de crianças até os 05 anos de idade (98,5 %).

Considerando o processo de trabalho, dentre as atribuições das ESB estão as *Visitas domiciliares e os cuidados realizados no domicílio*. Para esse item constatou-se que 89,6% realizaram visita domiciliar e 43,8% utilizavam algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para a prática dessas visitas.

Referente ao *Acesso à prótese dentária*, o percentual de ESB que promoveram ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária correspondeu a 52,2 %.

A respeito do *Programa Saúde na Escola*, último item analisado sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas ESB, destacou-se que 94,6% das equipes executaram atividades nas escolas e creches; 85,4% possuíam os registros dessas ações; e 55,8% faziam o levantamento do número de escolares com necessidades em saúde bucal e que precisam de atendimento clínico odontológico.

6.2 Padrões de qualidade municipais

O desempenho geral dos municípios, considerando aspectos de estrutura e processo de trabalho das ESB, em relação às dimensões e subdimensões do 2º Ciclo do PMAQ-AB é apresentado na **TABELA 5**, na qual foram apontados os valores mínimos, máximos, médias, medianas, modas e desvios padrão obtidos pelos municípios, considerando para isso os escores de conformidade obtidos por suas equipes.

Nesse momento, vale destacar que foram consideradas 162 variáveis distribuídas entre as dimensões estrutura e processo de trabalho das ESB. Portanto, caso as equipes atingissem o grau máximo de conformidade considerado nesse estudo, os municípios apresentariam pontuação de 88 para estrutura e 74 para o processo.

TABELA 5. Distribuição do desempenho médio dos municípios, em relação às ESB, segundo as dimensões estrutura e processo de trabalho, PMAQ-AB (2º ciclo), Pernambuco, 2014.

	ESTRUTURA	PROCESSO
N. de municípios	169	169
Mínimo	45,00	19,50
Máximo	78,00	62,05
Média	64,57	41,62
Mediana	64,55	41,33
Moda	64,00	39,00
Desvio padrão	5,05	8,54

Fonte: Elaborada pela autora

A fim de estabelecer os padrões municipais de qualidade, os municípios analisados foram classificados em três Grupos de qualidade, por meio da análise de agrupamento, considerando como método de partição as *médias* da pontuação das questões obtidas pelas equipes (escores de conformidade) a partir de quartis. Na apresentação dos dados optou-se pela junção dos valores dos intervalos moderados. **TABELA 6.**

TABELA 6. Distribuição dos municípios segundo padrões de qualidade em Pernambuco, 2014.

ESTRUTURA	INSATISFATÓRIO		INTERMEDIÁRIO		SATISFATÓRIO		TOTAL	
	0,00 61,58		61,59 67,58		67,59 78,00			
	N	%	N	%	N	%	N	%
	42	24,85%	85	50,30%	42	24,85%	169	100%

PROCESSO DE TRABALHO	INSATISFATÓRIO		INTERMEDIÁRIO		SATISFATÓRIO		TOTAL	
	0,00 35,67		35,68 47,84		47,85 62,05			
	N	%	N	%	N	%	N	%
	42	24,85%	85	50,30%	42	24,85%	169	100%

Fonte: Elaborada pela autora

6.3 Análise dos indicadores de saúde bucal

Concernente aos indicadores de saúde bucal no estado de Pernambuco no ano de 2014 constatou-se, na **TABELA 7**, que o valor mínimo de zero foi encontrado em todos os indicadores avaliados à exceção da primeira consulta odontológica que apresentou o registro mínimo do indicador em 1,042%. Quanto aos valores médios, considerando a média do indicador para o ano de 2014, foram observados os valores de 14,6846% para primeira consulta odontológica, 0,0187 para urgência odontológica, 1,3750% para o indicador de escovação dental supervisionada e 14,2456% para o tratamento concluído.

TABELA 7. Descrição dos indicadores de saúde bucal em Pernambuco, 2014.

	1º CONSULTA ODONTOLÓGICA	URGÊNCIA ODONTOLÓGICA	ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	TRATAMENTO CONCLUÍDO
N	169	169	169	169
N com valor 0	0	29	07	05
Mínimo	1,042	0,00	0,00	0,00
25%	8,1208	0,0073	0,2368	5,2189
50%	12,7494	0,0146	0,8763	9,5754
Média	14,6846	0,0187	1,3750	14,2456
Desvio Padrão	9,5076	0,0178	1,7548	14,0253
75%	18,1826	0,0238	1,7077	17,9095
Máximo	60,7062	0,1185	11,8453	89,9290

Fonte: Elaborada pela autora

Quanto ao número de municípios que não apresentaram nenhum registro para os indicadores analisados no estudo, destaca-se o alto número de municípios (29), sem nenhum registro de urgência odontológica na atenção básica durante o ano de 2014.

Buscando verificar a relação entre os indicadores de saúde bucal e as variáveis dos padrões de qualidade municipais (estrutura e processo) foi calculada a média dos indicadores para cada conjunto de municípios, conforme o padrão de referência (escores de conformidade) - satisfatório, intermediário e insatisfatório. Os valores das médias dos indicadores para cada um dos padrões estão representados nas **TABELAS 8 e 9** da seção seguinte.

6.4 Associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado)

O desempenho geral dos municípios com relação aos indicadores estudados é apresentado nas **TABELAS 8 e 9**, que apontam para os valores de média, desvio padrão e *p-value* de cada grupo de padrão de qualidade municipal (estrutura e processo) em associação com os indicadores de saúde bucal.

A **TABELA 8** mostra a relação dos indicadores de saúde bucal com o padrão de qualidade, considerando a dimensão estrutura. Nela observa-se que o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática apresentou o valor de suas médias menores nos municípios de padrão insatisfatório (12,3134) quando comparado aos municípios de padrão intermediário (15,4250) e satisfatório (15,5275), entretanto apesar da diferença o *p-value* dessa associação foi 0,069, próxima do nível de significância adotado no estudo ($p \leq 0,05$), mas ainda maior para ser considerada estatisticamente significativa.

Na relação entre o indicador de urgências odontológicas e a estrutura das ESB identificaram-se médias próximas entre os padrões insatisfatório e intermediário (0,0164 e 0,0179) e maiores para o padrão satisfatório (0,0224), mas sem diferença significativa entre os padrões ($p=0,419$).

Quando se analisou o indicador cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada percebeu-se uma média bem próxima entre os diferentes padrões: satisfatório (1,5264), intermediário (1,4145) e insatisfatório (1,1436) não evidenciando disparidades consideráveis entre eles.

Para o indicador de tratamento concluído detectou-se que os municípios classificados com padrão insatisfatório em relação à estrutura das ESB apresentaram maior média do indicador (17,5358) quando comparado aos padrões intermediário (12,3194) e satisfatório (14,8536), porém não estatisticamente significante, tendo em vista o valor do $p=0,468$.

TABELA 8. Distribuição dos indicadores de saúde bucal por padrões de qualidade (ESTRUTURA), Pernambuco, 2014.

INDICADOR	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	P-VALUE²
1º CONSULTA			
Insatisfatório	12,3134	9,6869	
Intermediário	15,4250	9,5894	<i>0,069</i>
Satisfatório	15,5275	8,9824	
URGÊNCIA			
Insatisfatório	0,0164	0,0121	
Intermediário	0,0179	0,0174	<i>0,419</i>
Satisfatório	0,0224	0,0118	
ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA			
Insatisfatório	1,1436	1,6576	
Intermediário	1,4145	1,7242	<i>0,237</i>
Satisfatório	1,5264	1,9228	
TRATAMENTO CONCLUÍDO			
Insatisfatório	17,5358	18,8290	
Intermediário	12,3194	11,1926	<i>0,468</i>
Satisfatório	14,8536	13,2542	

Fonte: Elaborada pela autora

Nota: 1. teste Kruskal-Wallis

Ao analisar os padrões de qualidade - processo de trabalho das ESB- com os indicadores de saúde bucal (**TABELA 9**), constataram-se mínimas diferenças entre os padrões e o indicador de primeira consulta odontológica. Com valores para os padrões insatisfatório, intermediário e satisfatório, respectivamente: 14,7542; 14,5656; 14,8560. Assim, não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre o padrão de organização das práticas em saúde bucal dos municípios e esse indicador ($p=0,927$).

Para o indicador de urgência odontológica os números foram consideravelmente maiores nos municípios classificados com padrão satisfatório (0,0235) quando comparado aos categorizados com padrão insatisfatório (0,0149), relação estatisticamente significante ($p=0,013$).

Relativo à escovação dental supervisionada, os indicadores apresentaram-se melhores nos municípios com padrão de qualidade satisfatório (2,0544). Através da relação estatisticamente significante entre esse indicador e o padrão de qualidade ($p=0,012$), percebeu-se que quanto

mais estruturado o processo de trabalho das equipes de saúde bucal à luz da ESF, maior foi o registro do indicador de cobertura de escovação dental supervisionada.

TABELA 9. Distribuição dos indicadores de saúde bucal por padrões de qualidade (PROCESSO), Pernambuco, 2014.

INDICADOR	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	P-VALUE ²
1º CONSULTA			
Insatisfatório	14,7542	10,1647	
Intermediário	14,5656	9,7532	0,927
Satisfatório	14,8560	8,4925	
URGÊNCIA			
Insatisfatório	0,0149	0,0136	
Intermediário	0,0181	0,0190	0,013
Satisfatório	0,0235	0,0181	
ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA			
Insatisfatório	1,1358	1,3791	
Intermediário	1,1574	1,4442	0,012
Satisfatório	2,0544	2,4110	
TRATAMENTO CONCLUÍDO			
Insatisfatório	11,8323	10,7475	
Intermediário	13,9592	16,2257	0,007
Satisfatório	17,2384	11,6540	

Fonte: Elaborada pela autora

Nota: 1. teste Kruskal-Wallis

Sobre a relação entre tratamento concluído e o padrão de qualidade pôde-se constatar grandes diferenças entre os três padrões de organização do processo de trabalho, ficando claro que maiores registros do indicador foram identificados nos municípios classificados com padrão satisfatório (17,2384), associação essa estatisticamente significativa ($p=0,007$), em comparação aos municípios com processos de trabalhos insatisfatório (11,8323) e intermediário (13,9592).

Em síntese, ao comparar os padrões municipais de qualidade das equipes de saúde bucal, quanto aos componentes estrutura e processo de trabalho pôde-se verificar que existiu uma associação estatisticamente significativa entre os indicadores de urgência odontológica, escovação dental supervisionada e tratamento concluído com o padrão de qualidade da dimensão processo de trabalho das ESB. Assim, quanto melhor a classificação do padrão, maior apresentaram-se esses indicadores.

6.5 Análise espacial

Como uma contribuição deste estudo, apresenta-se a seguir a distribuição espacial dos municípios pernambucanos, segundo o padrão de qualidade municipal das ESB e os indicadores de saúde bucal assinalados nessa pesquisa. Optou-se pela confecção dos mapas temáticos e de correlação espacial apenas quando as variáveis independentes (padrão de qualidade municipal) e dependentes (indicadores de saúde bucal) apresentaram relação estatisticamente significativa. Logo, os mapas temáticos representaram a associação entre o padrão de qualidade municipal do processo de trabalho das ESB com os indicadores de urgências odontológicas ($p=0,013$), escovação dental supervisionada ($p= 0,012$) e a relação entre tratamento concluído e primeira consulta programática ($p=0,007$). Frente à associação, os indicadores foram distribuídos em tercil, conforme representado na **TABELA 10**.

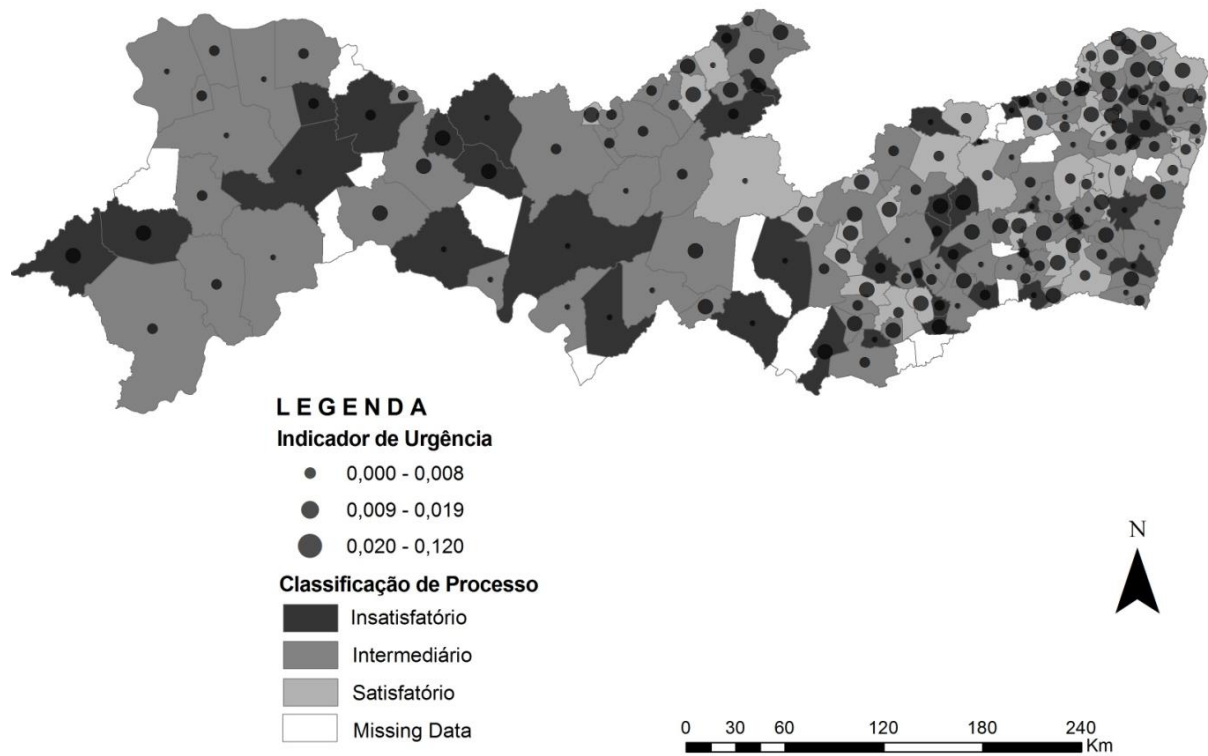
TABELA 10. Descrição dos indicadores de saúde bucal, em tercils, Pernambuco, 2014.

Indicador	Baixo	Médio	Alto
Urgências odontológicas	0,00-0,008	0,009-0,019	0,020-0,120
Escovação dental supervisionada	0,00-0,263	0,264-1,164	1,165-11,845
Relação entre tratamento concluído e primeira consulta programática	0,00-5,800	5,801-14,041	14,042-89,929

Fonte: Elaborada pela autora

Dessa forma, a **FIGURA 1** representou o mapa temático segundo a classificação do padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e a distribuição, em tercil, do indicador de urgência odontológica para os municípios.

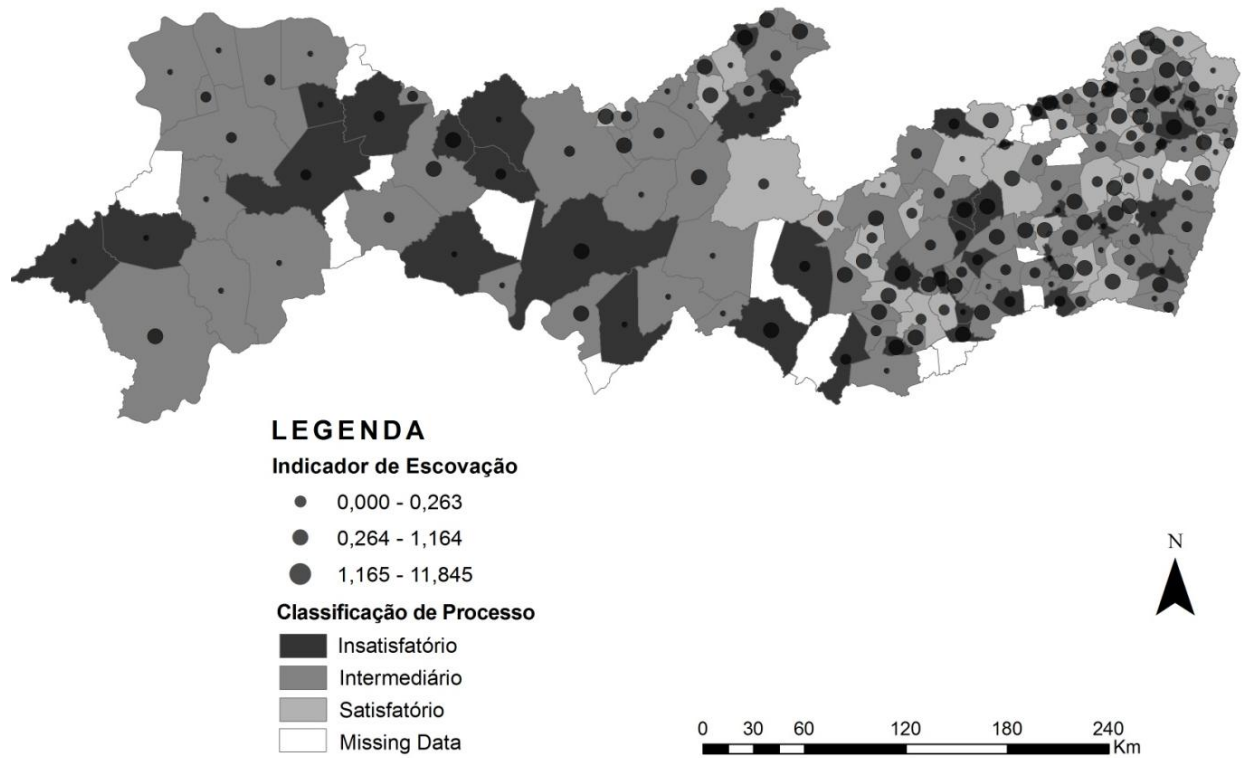
FIGURA 1. Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o indicador de urgência odontológica- Pernambuco. 2014.



Fonte: Elaborada pela autora

A **FIGURA 2** mostrou os municípios distribuídos quanto a classificação do padrão de qualidade para o processo de trabalho das ESB e a categorização do indicador da cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, por tercil, em Pernambuco no ano de 2014.

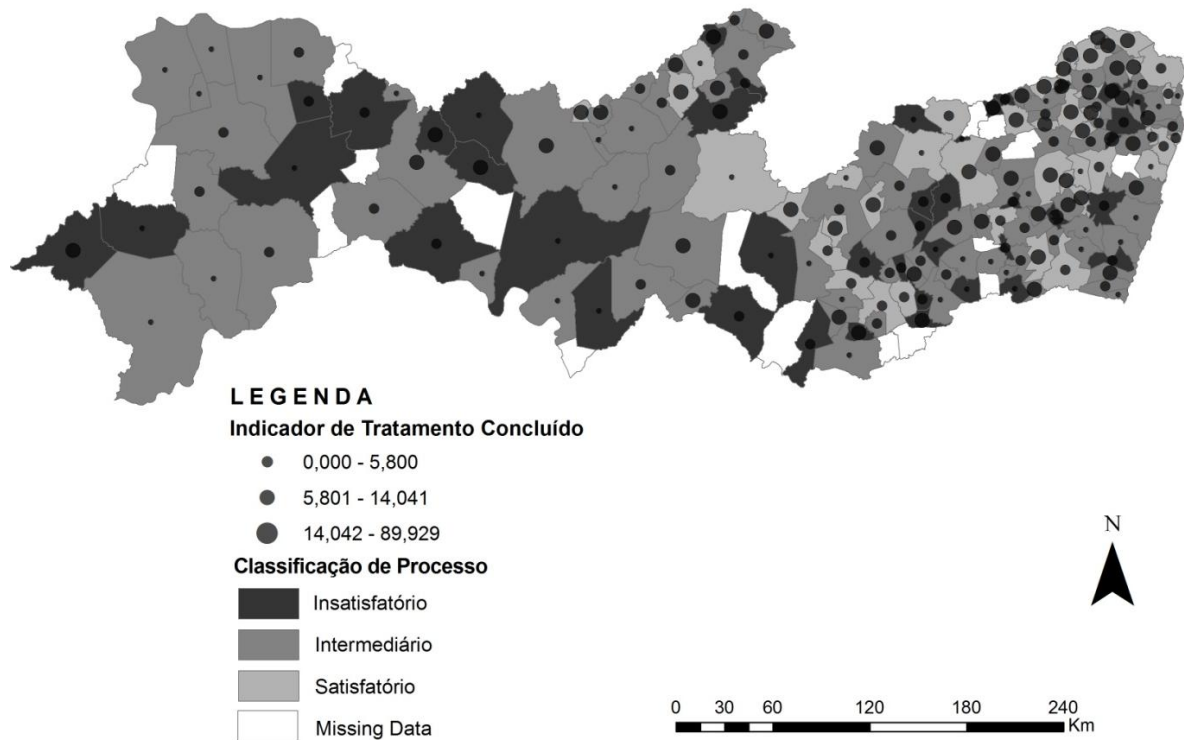
FIGURA 2. Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o indicador de escovação dental supervisionada- Pernambuco. 2014.



Fonte: Elaborada pela autora

O último mapa temático, representado pela **FIGURA 3**, evidenciou a relação entre os tercis do indicador de tratamento concluído e a distribuição dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB.

FIGURA 3. Distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade do processo de trabalho das ESB e o tratamento concluído- Pernambuco, 2014.

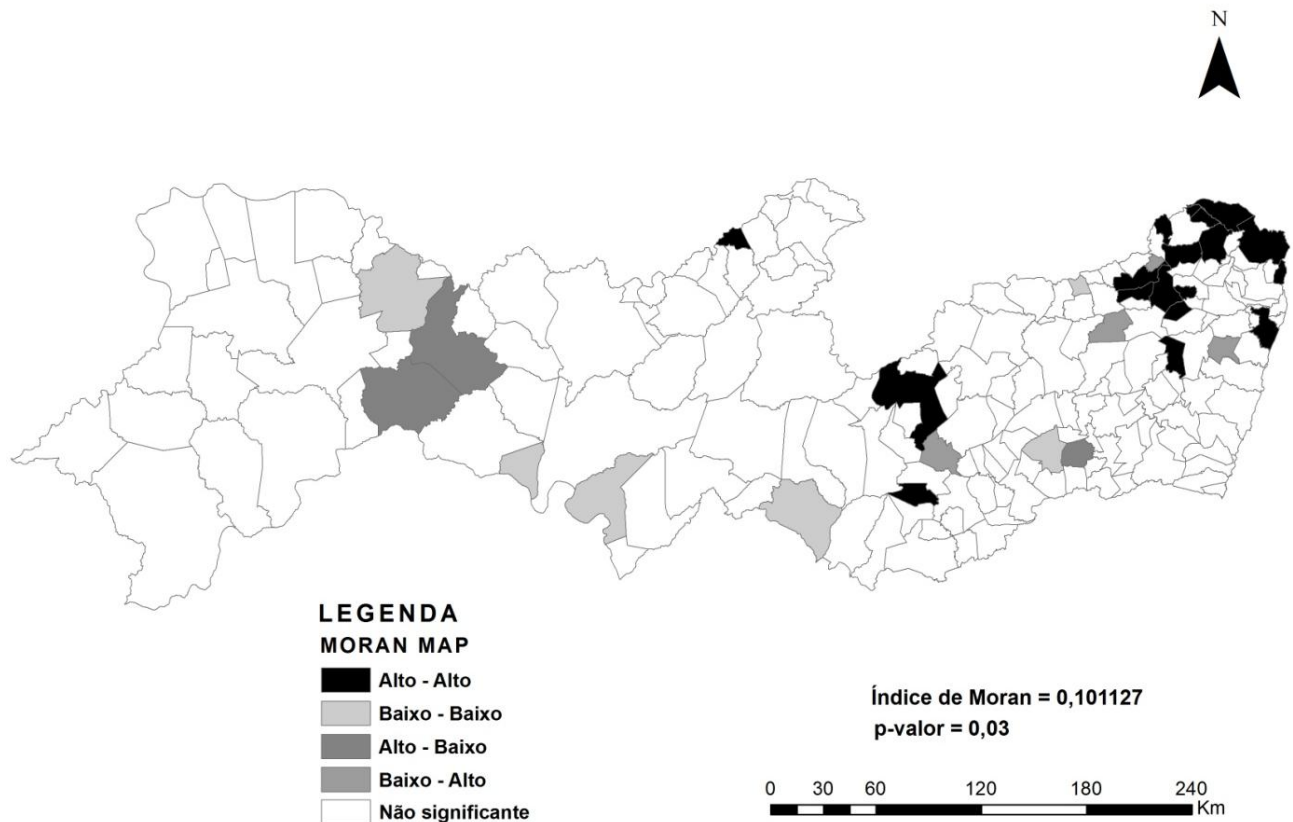


Fonte: Elaborada pela autora

Finalmente, referente ao estudo da correlação espacial, quanto as variáveis independentes, o índice Global de Moran apresentou associação espacial positiva para o padrão de qualidade do processo de trabalho das equipes, com uma significância de $0,03$ (p -valor). Sendo assim, o resultado inferido demonstrou que os padrões de qualidade municipal para o processo de trabalho das ESB são correlacionados no espaço com o valor médio de seus municípios vizinhos, assim, não se deve rejeitar a hipótese de autocorrelação espacial para esta variável.

Por meio da **FIGURA 4**, percebeu-se área de dependência espacial concentrada na zona da mata norte do estado, para a variável do padrão de qualidade municipal do processo de trabalho das ESB, categorizados no padrão satisfatório para a organização dos serviços.

FIGURA 4. Moran map da distribuição espacial dos municípios segundo o padrão de qualidade municipal do processo de trabalho das ESB- Pernambuco. 2014

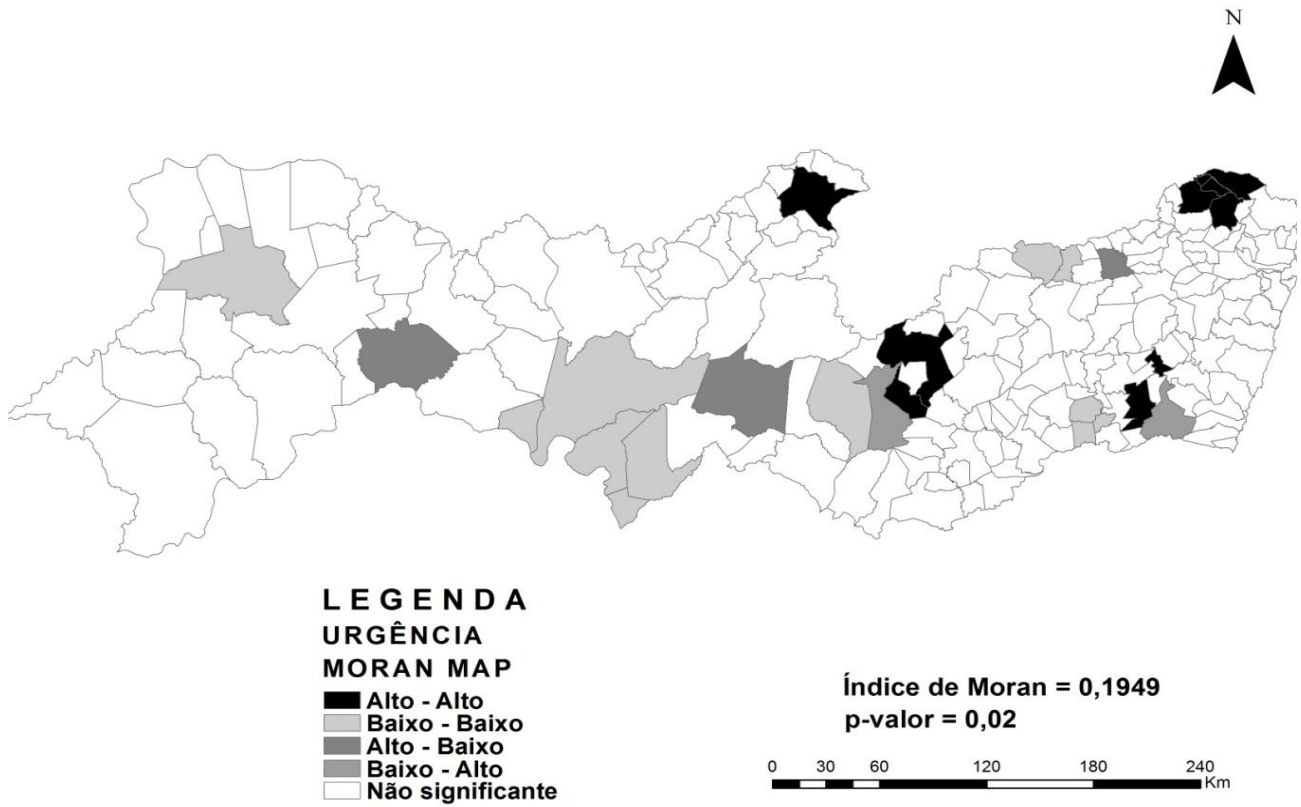


Fonte: Elaborada pela autora

No tocante ao teste de dependência espacial das variáveis dependentes apenas o indicador de urgência odontológica (**FIGURA 5**) demonstrou associação espacial positiva, com uma significância de 0,02 (*p-valor*). Concernente aos indicadores de escovação dental supervisionada e tratamento concluído constataram-se valores não significativos para a correlação espacial, com os seguintes resultados, respectivamente: Índice de Moran = -0,000873296 e o *p-valor* = 0,59; e Índice de Moran = 0,0534223 e o *p-valor* = 0,13.

Nota-se na **FIGURA 5**, relativo ao atendimento das urgências odontológicas, o Índice de Moran mostrou áreas de correlação espacial na região da zona da mata norte, revelando médias altas para o indicador. E um agrupamento de municípios na região do sertão, cidades pertencentes às GERES VI e XI, que demonstraram menores médias para esse tipo de atendimento.

FIGURA 5. Moran map da distribuição espacial dos municípios segundo o indicador de urgência odontológica. Pernambuco, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora

7 DISCUSSÃO

Compreende-se que um processo de avaliação traz mudanças importantes para os serviços, visto que promove o conhecimento das suas potencialidades e fragilidades. Nesse sentido, a utilização de dados gerados pelo PMAQ-AB oportuniza a construção de práticas que viabilizam mudanças na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde. Mas, entende-se que existem limites na confiabilidade dos registros dos indicadores de uso de serviços odontológicos, bem como o possível mascaramento da realidade das ESB na avaliação externa do PMAQ-AB. Entretanto, apesar das limitações inerentes a esse tipo de pesquisa, os resultados aqui apontados tem o potencial de gerar movimentos de reflexão sobre os processos de cuidado e de trabalho das equipes.

Dito isso, a discussão dos resultados encontrados nessa pesquisa será organizada em quatro seções: estrutura das ESB; processo de trabalho das ESB; associação entre a estrutura e o processo de trabalho das ESB com indicadores de saúde bucal; e dependência espacial entre padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal.

7.1 Estrutura das equipes de saúde bucal

Relativo às *características estruturais e de ambiência* dos consultórios odontológicos constatou-se que cerca de 60% das ESB não atingiram os cinco padrões elementares (boa ventilação ou climatização; boa iluminação; pisos e paredes com superfícies laváveis; boa acústica; e privacidade no atendimento dos usuários).

Situação semelhante foi encontrada por Albuquerque (2011) ao analisar a infraestrutura das USF em Recife no ano de 2010. A autora identificou unidades inadequadas, com manutenção comprometida, ambientes insalubre, infiltrações, ferrugens em equipamentos, problemas de climatização e de acústica. Similarmente, Rocha e Araújo (2009) encontraram 98,28% dos cirurgiões-dentistas da ESF insatisfeitos com o ambiente físico das unidades de saúde em que atuavam no município de Natal-RN.

Giovanella et al. (2015) ao examinarem a infraestrutura de estabelecimentos de saúde de atenção básica do país, a partir das questões do primeiro ciclo de avaliações do PMAQ-AB, conduzido em 2012, observaram que as regiões norte e nordeste foram as que apresentaram os

piores resultados quanto às condições estruturais de funcionamento das unidades. Infraestruturas precárias para o atendimento clínico odontológico em unidades de saúde da família também foram relatados por Costa (2010), Contarato e Contarato (2013) que evidenciaram problemas que foram desde compressores dentro dos consultórios, presença de mofos, infiltrações, até consultórios instalados em salas com dimensões menores do que preconiza a legislação vigente.

Sobre essa problemática, é importante pontuar que o projeto arquitetônico de um consultório odontológico deve sustentar-se em bases técnicas que visam minimizar os riscos ou preveni-los, por conseguinte, contribuindo para a qualidade da assistência prestada e a saúde dos profissionais. Sendo assim, para a elaboração dos projetos físicos dos serviços odontológicos torna-se essencial seguir as orientações constantes nas resoluções vigentes para estruturação de estabelecimentos assistenciais de saúde - RDC / ANVISA n.º 50 e suas atualizações (BRASIL, 2002).

No entanto, em Pernambuco, parece claro afirmar que os consultórios odontológicos, em grande número, estão estabelecidos em locais que não dispõem de uma estrutura física adequada para a realização das atividades previstas aos cirurgiões-dentistas na ESF, considerando que das ESB avaliadas apenas 42,63% atingiram os padrões de referências elementares do conjunto de dimensões para os aspectos de estrutura e ambiência.

Ainda sobre questões da dimensão estrutura, as informações colhidas sobre os *equipamentos* evidenciaram limitações na disponibilidade de autoclaves, jato de bicarbonato, ultrassom, negatoscópio e seladora. A inexistência desses equipamentos, a exemplo do negatoscópio, é altamente relevante, tendo em vista a importância dessa ferramenta no auxílio de diagnósticos, planejamentos e execuções de diversos tratamentos odontológicos. Achado equivalente obteve Cruz e Caldas (2012) e Limão et al. (2016) ao identificarem que cerca de 80% dos negatoscópios encontravam-se inoperantes nas unidades de atenção básica em Pernambuco e na Paraíba, respectivamente.

A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos e ferramentas disponíveis, segundo Bordin et al. (2016), de modo que carências a eles relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e seus resultados. Vasconcelos (2011) ao avaliar a qualidade da atenção básica no município de Bauru, de 2005 a 2008, identificaram que as deficiências na

manutenção dos equipamentos nas unidades foram descritas pelos profissionais como um dos principais obstáculos a serem vencidos para a qualidade da atenção à saúde. Igualmente, Pedrosa et al. (2011) assinalam que a falta de equipamentos, e a pouca manutenção dada aos mesmos, comprometem a assistência e a plena utilização da capacidade instalada dos serviços.

Seguindo com o tema equipamentos, cerca de 2/3 das equipes contavam com a existência de macromodelo da arcada dentária e macro escova dental no momento da avaliação externa. A falta ou quantidade insuficiente de materiais para atividades educativas foi constatada também por Pimentel (2010) ao analisar o modelo de atenção à saúde bucal implantado no estado de Pernambuco, no ano de 2008. Vale o destaque para a importância desses materiais educativos no desenvolvimento das ações de promoção e prevenção em saúde bucal, porém, o autor ressalta que essa situação não justifica a ausência de ações educativas desenvolvidas pelas equipes, tendo em vista a facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde e os diversos meios de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade.

Quanto aos *instrumentais odontológicos*, observou-se a insuficiência de instrumentais relacionados com os procedimentos clínicos de abertura coronária e a fase clínica de instalação da prótese dentária. Segundo Tavares et al. (2013) a falta ou insuficiência de instrumentais nas unidades de saúde da família constituem barreiras organizacionais que resultam no aumento do tempo de espera para o atendimento, agravando a demanda reprimida já existente. Aquilante e Aciole (2015a) sinalizam que a disponibilização dos instrumentais odontológicos, quanto à qualidade e quantidade suficientes, está intimamente relacionada com a gestão municipal, a depender de como são realizadas as compras e de como é feita a gestão destes recursos.

Na subdimensão *insumos* constatou-se oferta aquém do esperado para materiais odontológicos importantes na execução de procedimentos restauradores como amálgama em cápsula e selantes. A PNAB relata que para o funcionamento das UBS todas as esferas de governo são responsáveis por garantir a infraestrutura e a manutenção regular dos insumos (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b). Entretanto, mesmo com a normativa, o desabastecimento de alguns insumos odontológicos foi evidente, limitando a realização de determinados procedimentos clínicos. Problemas com a disponibilidade de insumos

odontológicos também foi constatada por Silva (2008) que categorizou como regular, a oferta dos insumos odontológicos para as ESB em Recife (PE).

Por meio do que foi descrito sobre a dimensão estrutura percebe-se que apesar de todo o investimento na ampliação da atenção básica, ocorrido no país nas últimas décadas, persistem problemas estruturais nas unidades de saúde do estado. Giudice, Pezzato e Botazzo (2013) sugerem que as deficiências nas infraestruturas das USF estão relacionadas com baixos investimentos das secretarias de saúde locais no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura das UBS.

Tal fato é confirmado por Souza (2011) que aponta o inadequado planejamento para a implantação das ESB como a principal razão para os consultórios odontológicos não atenderem às normatizações do Ministério da Saúde quanto à estrutura física. Cella (2014) ratifica tal entendimento ao afirma ser primordial o correto gerenciamento desses recursos, uma vez que a insuficiência influencia no desempenho da oferta dos serviços.

Sintetiza-se, portanto, que para oferecer uma atenção básica de qualidade à população, fortalecendo o SUS e aproximando-se do que se espera para um sistema público universal de qualidade, faz-se necessário superar as barreiras estruturais descritas nesse estudo, haja vista que essas questões servem de obstáculos para a efetivação da PNAB.

7.2 Processo de trabalho das ESB

No campo da qualidade em saúde trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar aos bons resultados (CAMPOS; BRANDÃO; PAIVA, 2014). Sendo assim, os aspectos analisados por essa pesquisa para o processo de trabalho das equipes deverão ser organizados de acordo com os princípios e diretrizes da ESF, a fim de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Buscando melhor atender as necessidades da população, autores diversos sinalizam sobre a importância no *planejamento das ações* com objetivo de direcionar a organização dos serviços em consonância com os princípios da integralidade e equidade (MAGRI et al., 2014; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; PISSATTO, 2011). Nesse aspecto, 88,3% das ESB afirmaram realizar atividades de planejamento e programação de suas ações

mensalmente. O bom desempenho no número de equipes que executam o planejamento das intervenções ora preventivas, ora terapêuticas possibilitam melhor contemplar o cuidado às demandas da população resultando num movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas (VAN WEEL, MAESENEER; ROBERTS, 2008).

No entanto, Vasconcelos (2011) alerta para os atributos desse planejamento, tendo em vista que em pesquisa sobre a organização das ações de atenção à saúde em um município de São Paulo identificou não existir a dinâmica de retroalimentação das ações pelos dados epidemiológicos e assistenciais gerados pelo próprio sistema de saúde local. Sublinha-se então que o processo de planejamento e reformulação das ações, por muitas vezes, não leva em conta as necessidades de saúde que podem ser identificadas pelos instrumentos disponíveis. Tal condição foi encontrada no presente estudo posto que cerca de um terço das ESB afirmaram não realizar monitoramento dos indicadores de saúde bucal. A inexistência dessa prática, para Padilha et al. (2005), dificulta a avaliação da evolução da situação da saúde bucal como um todo, comprometendo a identificação de aspectos relevantes na organização dos serviços de saúde.

Ainda sobre o tema, no que concerne a prática de planejamento e programação das ações 72,7% das equipes avaliadas as realizavam junto com a equipe de atenção básica. Diferente percepção obtiveram Kell e Shimizu (2010) ao reconhecerem que, de modo geral, no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de atenção básica cada um dos trabalhadores especializados exerce as ações isoladamente, sem planejamento conjunto. Tal circunstância, presente em 23,7% das equipes, pode ser explicada pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das equipes, impedindo-a de realizar um trabalho interdisciplinar (RODRIGUES; BONFIM, 2010).

A insuficiência dessa prática também foi constatada por Pimentel et al. (2010), ao reconhecerem que no processo de organização das equipes, o planejamento das ações não foi comumente realizadas pelos profissionais em Pernambuco no ano de 2008. Para os autores esse cenário pode ser um reflexo das práticas da saúde bucal no setor saúde, historicamente desenvolvida à distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à rotina do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico.

Outra atividade de substancial importância para robustecer o processo de trabalho das equipes de saúde é a *reunião de equipe*. Nessa pesquisa constatou-se que cerca de uma a cada três ESB não participavam das reuniões com as equipes de atenção básica, número preocupante, haja vista que as reuniões constituem espaço privilegiado para o trabalho, uma vez que possibilitam a discussão de problemas de saúde, o acompanhamento de usuários ou famílias, o planejamento local de saúde e a discussão do processo de trabalho (FACCIN et al., 2010). Para Neves, Montenegro e Bittencourt (2014) a regularidade na realização dessas reuniões está atrelada ao modelo de gestão instituído na unidade de saúde.

No tocante a *organização dos prontuários*, observa-se pelos dados apresentados que ainda existem limitações nesse aspecto da organização do serviço, tendo em vista que 25,2% das ESB não armazenam a ficha clínica no prontuário da família. A inexistência do armazenamento da ficha clínica no prontuário da família, em uma a cada quatro ESB, acende o alerta sobre o cuidado com o arquivamento desses documentos. Equivalente desfecho obtiveram Godoi, Mello e Caetano (2014) ao se depararem com ESB da atenção básica no estado de Santa Catarina com grandes insuficiências em relações aos aspectos referentes a organização dos prontuários nas unidades. Lourenço et al. (2009), de maneira similar, verificou que 69% das ESB do estado de Minas Gerais, que foram avaliadas no estudo, não arquivavam as fichas clínicas odontológicas nos prontuários das famílias.

Em relação à *organização do atendimento* verificou-se que a grande maioria das equipes compartilhavam suas agendas com outros profissionais da atenção básica, garantiam espaços na agenda para oferta de ações de educação e asseguravam o retorno para continuidade do tratamento clínico. Em 2012, no 1º ciclo do PMAQ-AB em Pernambuco, Sobrinho et al. (2015) identificaram menor adesão das equipes participantes desse ciclo a esses três itens avaliados, quando comparado aos resultados do 2º ciclo. Para Machado (2013) a adesão ao PMAQ-AB a partir do primeiro ciclo, e depois com o segundo, permitiu às ESB uma reflexão sobre a organização do processo de trabalho fazendo-as se debruçar sobre questões referentes à organização da agenda programada.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b) a organização da agenda é fundamental na reordenação da atenção odontológica, uma vez que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-

restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento.

Sobre o tema, *ESB como coordenadora dos cuidados da rede de atenção à saúde*, Silva e Andrade (2014) destacam que a coordenação dos cuidados pela atenção básica ocupa uma posição de destaque na agenda política de vários países que vêm buscando fortalecer sua atenção primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A segmentação dos sistemas de saúde resulta em graves implicações para a população tais como: problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado; desarticulação da rede de atenção; descontinuidade; e fragmentação do cuidado. Para Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) a coordenação se mantém na presença de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que diversas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e conciliável com suas expectativas pessoais.

Em Pernambuco, a organização da rede de atenção em saúde bucal no estado possui como desafio o enfrentamento dos vazios assistenciais nos serviços de média complexidade, pois, no ano de 2014, apenas 68,2% das ESB avaliadas possuíam rede disponível para oferta de serviços especializados. De acordo com Lucena, Pucca Jr. e Sousa (2011) esses achados podem ser explicados pelo fato da expansão da rede assistencial de média complexidade, no setor odontológico, não acompanhar o mesmo ritmo de crescimento da oferta dos serviços de atenção básica. Para Santiago et al. (2013) esse cenário resulta num maior tempo de espera para agendamento de consultas especializadas, causando insatisfação nos usuários e comprometendo a garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo.

As especialidades de referência citadas nesse estudo foram: a endodontia (57,5%), a periodontia (53%), a cirurgia oral menor (61,4%), a estomatologia (46,6%), pacientes com necessidades especiais (53,7%), a ortodontia (9,4%), a implantodontia (2,2%), odontopediatria (39,1%) e a radiologia (52%). Os menores percentuais de oferta das especialidades ortodontia e implantodontia podem ser explicados pela incorporação recente das mesmas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), através da Portaria 718 de 20 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b). Entretanto, para a periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e estomatologia esperavam-se melhores disponibilidades, já que se constituíram como obrigatórias nos CEO desde o ano de 2006 (BRASIL, 2006). Portanto, os

resultados demonstram que a garantia da existência de fluxos definidos na rede de atenção não está sendo assegurada no estado, conforme as recomendações da PNAB (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b).

Pimentel et al. (2010) e Casotti et al. (2014) encontraram resultados semelhantes em suas pesquisas ao identificarem deficiências nos fluxos de referência/contrarreferência em serviços de assistência odontológica no SUS. Assim, percebe-se que apesar do crescimento gradual do número de CEO em todo país, essa expansão não foi suficiente frente ao número de ESB e do perfil epidemiológico da população.

Referente à *oferta e resolubilidade das ações*, os dados descobertos revelaram que as ESB atendiam parcialmente ao disposto de suas atribuições dentro da atenção básica. A esse respeito constatou-se que atendimentos de pequenas cirurgias e procedimentos relacionados à cimentação de próteses, atividades inerentes às equipes, apresentaram baixa regularidade. De acordo com Godoi, Mello e Caetano (2014) oportunizar a oferta de serviços de prótese dentária pela atenção básica consiste em grande desafio, entretanto, uma vez superado, possibilitará a integralidade em saúde bucal a julgar pela a imensa necessidade da população, principalmente adultos e idosos, a procedimentos de reabilitação, conforme apontaram resultados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal –SBBrasil (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde 2010b). Corroboram com essa concepção os achados da pesquisa de Mallmann, Toassi e Abegg (2012), que ao estimarem a necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, verificaram que a realização desse tipo de procedimento, apenas no âmbito dos Centros de Especialidades Odontológicas, é insuficiente para suprir as necessidades apresentadas pela população.

Para Mendes Jr., Bandeira e Tajra (2015) a baixa adesão ao desenvolvimento e execução de atividades clínicas ligadas a prótese dentária está relacionada com ausência de processo de educação permanente para as equipes, nessa área de atuação. Portanto, a fim de superar algumas dificuldades na execução de atribuições dos profissionais da atenção básica, Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) ressaltam a importância de constantes capacitações e aperfeiçoamentos para os profissionais que compõem as equipes.

Outro aspecto analisado do processo de trabalho das ESB foi a *atenção ao câncer de boca* que segundo Pereira et al. (2012) permanece como um problema de saúde pública, em que não se nota melhora dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo. Em todo o mundo, aproximadamente 500.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço são diagnosticado anualmente. (KALAVREZOS; SCULLY, 2015). Nesse estudo constatou-se que 81,7% das equipes desenvolviam campanha para detecção de lesões suspeitas de malignidade. Nota-se para o estado um avanço desse aspecto, tendo em vista que, entre os anos de 2007 a 2009, Cruz e Caldas (2012) identificaram que apenas 36,4 % das equipes entrevistadas em Pernambuco realizavam exames preventivos para detecção de câncer bucal.

A falta de capacitação institucional sobre diagnóstico precoce e manejo dos pacientes com suspeita de lesões orais consideradas pré-cancerosas, para Costa Júnior e Serra (2011), pode justificar as limitações destes profissionais em desenvolver ações nessa área de atuação. Estudo realizado por Oliveira et al. (2013b) demonstraram que o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do câncer bucal está muito aquém do que se espera, revelando a necessidade urgente de se repensar a formação acadêmica para a atuação no âmbito dessa neoplasia. Capacitar os profissionais para o desenvolvimento de práticas nesse campo pode gerar, de acordo com Elango et al. (2011), melhorias na adesão a práticas de autocuidado pelos pacientes, maximizando a possibilidade de diagnóstico precoce e potencializando o tratamento da doença.

Outra dificuldade identificada pela pesquisa foi à ausência de um serviço de referência para encaminhamento dos casos suspeitos de câncer, cerca de 20% das equipes não dispunham de ofertas de procedimentos de média e alta complexidade para essa patologia. Esse dado é preocupante, pois, Godoi, Mello e Caetano (2014) advertem que tanto a detecção precoce de neoplasias, por meio da confirmação por laudo histopatológico, quanto o tratamento específico e acompanhamento desses pacientes são essenciais para a integralidade da atenção na perspectiva da rede de atenção à saúde bucal.

Prosseguindo sobre os aspectos do processo de trabalho das equipes e a organização dos serviços, ressalta-se que o trabalho da equipe deve ser centrado nos principais agravos em saúde bucal e no desenvolvimento de ações que garantam o cuidado em ciclos e condições de vida da população. (BRASIL, 2017). No que concerne a essas atividades, identificou-se que mais de 96% das equipes ofertavam consultas odontológicas referentes à *atenção ao pré-natal*

e a criança de até 05 anos. A quase totalidade de acompanhamento das gestantes pelas ESB contrasta com dados encontrados por Garbin et al. (2011) que ao avaliarem o atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de um município de São Paulo verificaram que, somente 40% das gestantes tinham atendimento odontológico rotineiro. Esta situação é corroborada por Fagoni et al. (2014) ao reconhecerem que os cirurgiões-dentistas normalmente hesitam em tratar mulheres grávidas pelo medo de causar danos a ambos, a mãe e o bebê.

A literatura é vasta no tocante a insegurança dos cirurgiões-dentistas ao atendimento clínico odontológico no período gestacional. Para Codato et al. (2011) alguns profissionais de saúde alimentam e reproduzem mitos e medos sobre o assunto, quando na verdade deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los. A expressiva adesão no número de ESB que referem realizar o acompanhamento clínico das gestantes, aqui encontrado, revela o compromisso das equipes com a atenção ao pré-natal, fortalecida pela premissa que os dentistas devem encorajar todas as mulheres em idade reprodutiva a procurem orientação em saúde bucal assim que descobrem a gravidez (HEMALATHA et al., 2013).

No rol das atividades pertinentes ao processo de trabalho das equipes de saúde na ESF sublinha-se a *visita domiciliar*, atividade executada por quase a totalidade das ESB (89,6%) avaliadas nessa pesquisa. Essa prática, segundo Faccin et al., 2010 consiste em um útil recurso para saúde bucal como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde e doença; para estabelecer ou fortalecer o vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento; e ainda, na possibilidade de executar intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a USF. Para Gonçalves e Ramos (2010) a relutância em realizar as visitas domiciliares, aqui representadas por um pouco mais de 10% das equipes, é que essas atividades, e em tudo que remeta à saída do consultório, ainda causam estranheza e desconfiança para a comunidade, e para a própria equipe de saúde bucal, historicamente habituada a exercer suas atividades apenas dentro do consultório odontológico.

Analisou-se, por fim, o processo de trabalho das equipes quanto às atividades do *Programa Saúde na Escola*, registrando-se que quase todas as equipes executavam atividades nas escolas e creches. A priorização dessas ações deve ser incentivada, segundo Kubo, Paula e

Mialhe (2014), pois é nas crianças em idade pré-escolar e escolar que se observam o maior impacto de medidas educativas e preventivas.

Por outro lado, apenas um pouco mais da metade das ESB realizavam levantamento epidemiológico da necessidade de atendimento clínico odontológico em ambiente escolar. É pertinente ressaltar que as investigações epidemiológicas nesses espaços consistem em excelente ferramenta no cotidiano dos serviços, uma vez que possibilitam subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área de atuação (BERTI et al., 2013). Nesse sentido, a incorporação de cuidados odontológicos em escolares resulta em uma melhor saúde bucal em crianças desatendidas, ao mesmo tempo em que supera as barreiras que tipicamente restringem o acesso. (CARPINO et al., 2017)

Apesar da reconhecida importância na execução dessas práticas, Pimentel et al. (2010) e Pereira et al. (2012) em seus estudos descreveram ESB com dificuldades para o cumprimento das atividades de promoção e prevenção em ambientes escolares. Moraes, Kligerman e Cohen (2015) apontaram a grande demanda acumulada e a falta de planejamento como os principais obstáculos para a incorporação de atividades extraclínicas no âmbito da saúde bucal nas unidades de saúde da família. Cunha et al. (2011) adicionam a desmotivação da equipes como fator impeditivo no desenvolvimento dessas ações.

Pelo exposto, sublinhar-se que a relevância da organização do processo de trabalho para qualificação das ações e práticas de saúde é parte essencial do cotidiano dos serviços de saúde. Tal premissa reforça a compreensão do quanto os profissionais da atenção básica precisam estar atentos para discussões/reflexões das atividades, tendo como base as diretrizes da ESF, com vista a ofertar melhores serviços de saúde para população.

7.3 Associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado)

7.3.1 Padrões de qualidade municipais e a cobertura de primeira consulta odontológica

O indicador de cobertura de primeira consulta odontológica é de grande valia na avaliação da potencialidade de produção de saúde de um serviço odontológico considerando que é nesse momento que o usuário será diagnosticado e será estabelecido um plano de tratamento de acordo com suas necessidades. Segundo Campos et al. (2011) esse indicador extrapola a questão de acesso e pode ser considerado um indicador de cuidado.

Sabe-se que a estrutura refere-se aos fatores organizacionais do sistema, incluindo recursos materiais (instalações e equipamentos), humanos (profissionais), financeiros e organizacionais (estrutura administrativa). Os fatores relacionados aos recursos humanos, financeiros e organizacionais não puderam ser aferidos na presente pesquisa haja vista a limitação dos dados trabalhados. Entretanto, é significativo mencionar que diferentes estudos revelaram o imbricamento entre os aspectos estruturais e o financiamento dos serviços, com repercussões diretas no acesso da população aos serviços de saúde. (JESUS; ASSIS, 2010; VIEGAS et al., 2015). E quanto a disponibilidade de recursos humanos, Pimentel et al. (2014a) assinalam que quanto maior a cobertura, e quando a relação entre as equipes eram 1EqSF: 1ESB, mais favoráveis eram o indicador de primeira consulta odontológica programática no município de Curitiba-PR, no ano de 2012. Equivalente cenário foi identificado por Pimentel et al. (2014b), em Pernambuco, ao constatarem que as primeiras consultas odontológicas tiveram uma média duas vezes maior nos municípios que apresentaram uma relação ideal entre as equipes.

Apesar da inexistência da associação estatisticamente significativa entre o indicador de primeira consulta odontológica e os recursos materiais que serviram de unidade de análise para a construção dos padrões de qualidade municipais da estrutura das ESB (instalações, equipamentos e insumos) nesse estudo, Tavares et al. (2013) advertem que a falta de materiais e a deficiência na manutenção de equipamentos constituem barreiras de acesso aos usuários que impactam na oferta de primeira consulta odontológica. Tal fato é confirmado por Mendes Jr., Bandeira e Tajra (2015) ao afirmarem que a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos e as constantes avarias dos equipamentos são fatores estruturais que comprometem o comportamento desse indicador.

Ainda assim, os dados aqui obtidos revelaram que, considerando apenas os recursos materiais, esses não interferiram no desempenho da cobertura de primeiras consultas odontológicas nos municípios em Pernambuco. Corrêa e Celeste (2015) alertam que embora a provisão de fatores relacionados à infraestrutura de serviços de saúde seja considerada como relevante

para sua utilização, tal relação não está claramente estabelecida. Os autores acreditam que as estruturas dos serviços podem repercutir no impacto direto sobre o processo de trabalho das equipes, aumentando ou diminuindo a possibilidade de acesso aos serviços ofertados. No entanto, a dimensão estrutura, por si só, não garante aumento no uso nem na melhoria da qualidade dos serviços a população.

No que concerne à análise da relação entre os padrões de qualidade para o processo de trabalho das ESB e o indicador de primeira consulta odontológica, verificou-se uma diferença mínima entre os diferentes padrões, não se registrando diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis. Os resultados encontrados são dessemelhantes aos achados de Tavares et al. (2013), que em estudo sobre a organização da oferta de serviços de saúde bucal na Bahia, constataram que as ESB que mais se aproximaram do que se esperava do processo de trabalho, fundamentado na ESF, apresentaram maiores registros do indicador de primeira consulta odontológica. Autores diversos ratificam essa relação de que um serviço mais organizado - que teve apoio político e planejamento técnico para a sua implementação, que cumpre as diretrizes propostas pela PNSB e possuem gestores que têm capacidade de governo e controle da condução do processo de trabalho - evidenciam maior uso dos serviços públicos odontológicos (CHAVES et al., 2011; ROSSI, 2011).

Particularmente, essa relação entre o indicador de primeira consulta e o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes é frequentemente descrita na literatura. Diversas pesquisas indicam que apesar da expansão significativa da oferta de serviços odontológicos na ESF ainda persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos de forma programática na atenção básica devido à reprodução do modelo biomédico. Portanto, a prática parece estar mais vinculada ao perfil de formação do profissional, uma vez que se mantém o modelo curativista, reflexo da formação voltada para a atuação clínica como profissional liberal (AQUILANTE; ACIOLE, 2015b; BULGARELI et al. 2014; VIANA; MARTELLI; PIMENTEL, 2012).

Não obstante, Viana, Martelli e Pimentel (2012) ao analisarem a cobertura de primeira consulta odontológica em Pernambuco concluíram que, apesar do expressivo crescimento da oferta, no período de 2001 a 2009, os números encontrados indicaram índices relativamente baixos de acesso e apontaram para a necessidade de se repensar a prática e o processo de

trabalho das equipes. Semelhante desfecho observaram Chaves e Cruz (2012) ao descreverem que o aumento na oferta dos serviços odontológicos na Bahia não alterou o comportamento da primeira consulta odontológica, que continuavam extremamente baixo em todo estado. Segundo os autores podem ocorrer problemas de registro da informação, mas também, e certamente, os problemas de gestão da oferta de consultas persistem porque a oferta disponível parece estar sendo subutilizada pela não estruturação da saúde bucal à luz da ESF.

Frente ao cenário aqui encontrado, resume-se que os fatores estruturais e de organização do processo de trabalho das ESB não influenciaram o desempenho do indicador de acesso aos serviços odontológicos de forma programática. Há controvérsias na literatura acerca da interferência dos fatores estruturais sobre esse indicador. Por outro lado, existe um número expressivo de estudos que reconhecem que ESB que organizam o processo de trabalho fundamentado nos princípios e nas diretrizes da ESF apresentam melhores resultados de cobertura de primeira consulta odontológica, fato esse que não foi revalidado por essa pesquisa.

7.3.2 Padrões de qualidade municipais e a média de atendimento de urgências odontológicas

O indicador de urgência, em particular, foi utilizado nessa pesquisa para tentar demonstrar que as ESB afinadas com a estrutura e o processo de trabalho da ESF, provavelmente, apresentariam menores valores para o indicador, ou seja, quanto melhor o padrão de qualidade na organização dos serviços prestados pelas equipes, menor seria a média do indicador de urgência odontológica. Entretanto, na associação entre a média de atendimento de urgências odontológicas e os padrões de qualidade municipais da dimensão processo de trabalho das ESB evidenciaram-se maiores valores para o indicador de urgência nos municípios classificados com o padrão satisfatório, quando comparado aos intermediários e insatisfatórios identificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Apesar de a presente pesquisa revelar uma relação diretamente proporcional entre o registro de urgências odontológicas e a organização dos serviços nos municípios, esse cenário é distinto dos descritos na literatura. Para Tanaka (2011), Soares, Lima e Castro (2014) e Rojas (2014) quanto mais às equipes se afastam do modelo de atenção preconizado pela ESF, certamente maior será a demanda por consultas de urgência. Os pesquisadores ressaltam que os números de consultas de urgências refletem de certa forma, as características da oferta dos

serviços. Dessa forma, lançam luz para a necessidade de se debruçar sobre aspectos relacionados ao modelo de atenção desenvolvido, a respeito do papel da atenção básica no atendimento de urgências odontológicas.

Sobre isso, Bulgareli et al. (2014) ratificam que a combinação entre a expansão do número de ESB e a frequência relevante de consultas de urgências odontológicas está relacionada com a persistência de modelos assistenciais de caráter individual que se afastam das normas e diretrizes do saúde da família. Essa relação inversa entre o número de consultas de urgências odontológicas e a organização das práticas baseadas nas normas e diretrizes da ESF também foi evidenciada por Melo et al. (2016), em pesquisa realizada em um município do estado de São Paulo, os autores identificaram que com a inserção da saúde bucal no processo de organização da atenção primária houve uma redução gradual das consultas de urgências odontológicas. Fato esse que pode estar relacionado à inclusão de pacientes na rotina de atendimento preconizado na agenda de saúde bucal.

Com a pretensão de explicar o porquê da divergência dos resultados descritos na literatura com os encontrados na presente pesquisa, recorre-se aos argumentos descritos por Magri et al. (2014) que advertem sobre a necessidade de se considerar a existência de uma grande demanda reprimida de usuários que precisam de atendimento de urgência, pois, em sua grande maioria, as unidades de saúde da atenção básica não conseguem atender a todas as necessidades odontológicas de sua população adstrita. Geralmente, estas unidades de saúde estão alocadas em comunidades carentes, com populações com a saúde bucal em condições ruins, o que acaba gerando mais demanda para as ESB e, conseqüentemente, mais consultas de urgências. Sant'Anna (2011) fortalece essa conjuntura ao verificar que as populações de piores condições de vida em Campinas (SP) concentravam a maior razão de urgência, levando a considerar que as necessidades acumuladas por esta população poderiam não estar sendo suficientemente controladas, em virtude da grande demanda.

Tal pressuposto é confirmado por Soares, Lima e Castro (2014) que defendem ser necessário rever a abrangência populacional adstrita por ESB, tendo em vista que quanto maior a quantidade de pessoas sobre a responsabilidade da equipe, maior a probabilidade das demandas espontâneas dificultarem a organização da rotina no atendimento às consultas programadas.

Para De-Carli et al.(2015) é necessário pontuar que aspectos socioculturais também influenciam na frequência do atendimento de urgência, pois muitos usuários não valorizam o tratamento odontológico como forma de prevenção de problemas futuros, dando preferência ou buscando atendimento somente nos casos de condições agudas. Isto acaba gerando um círculo vicioso, na medida em que a saúde bucal da população continua péssima e as consultas de urgência e emergência se mantêm. Esse cenário tende-se a perpetua-se quando a atuação do cirurgião-dentista fica restrita a procedimentos curativos, com a preservação de práticas mutiladoras e de reparos de danos.

À vista do que foi descrito, assinala-se que múltiplos fatores podem influenciar o comportamento do indicador de urgência odontológica, justificando que apesar de presumir que as maiores médias do indicador seriam encontradas nos municípios com processo de trabalho mais distantes da estruturação baseada na ESF, os achados dessa pesquisa revelaram que outros aspectos, não considerados nesse estudo, podem intervir na frequência do atendimento de urgência odontológica.

Por sua vez, na análise da associação entre o atendimento de urgências odontológicas e os padrões de qualidade municipais (estrutura das equipes de saúde bucal) esse estudo identificou as médias dos valores do indicador muito próximas entre os diferentes padrões, não evidenciando assim uma diferença estatisticamente significativa. Verifica-se uma escassez na bibliografia sobre estudos que associam estatisticamente a relação entre o indicador de urgência odontológica com a estrutura física das ESB. Ainda assim, Mendes Jr., Bandeira e Tajra (2015) pontuaram as deficiências estruturais (desabastecimento de insumos, equipamentos danificados e poucos instrumentais) como fatores impeditivos na execução do atendimento clínico de urgências odontológicas. E Cruz e Caldas (2012) associaram a dificuldade do atendimento clínico ao paciente de urgência odontológica com a insuficiência da quantidade de instrumental odontológico nos municípios considerados de pequeno porte (com menos 20 mil habitantes) em Pernambuco, entre 2007 e 2009.

7.3.3 Padrões de qualidade municipais e a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, ao tratar das atribuições do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família disserta

sobre sua responsabilidade em coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, tendo a escovação dental supervisionada posição de destaque no rol dessas ações (BRASIL, 2017). Conforme Sartori et al. (2015) esse indicador merece atenção tanto dos gestores, quanto da ESB, pois esse tipo de ação é uma das melhores formas de estimular hábitos saudáveis com consequente incentivo a promoção da saúde bucal.

Considerando a associação entre o indicador de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a dimensão estrutura constatou-se não existir relação estatisticamente significante entre as variáveis. Diferentes pesquisas associaram o desempenho do indicador de cobertura de escovação dental supervisionada com fatores estruturais relacionados à disponibilidade de kits de higiene bucal (escova e pasta de dentes), a presença de espaços físicos para a prática da escovação supervisionada- escovodrómo e a oferta de materiais educativos (ARAÚJO, 2015; LAMEIRA et al., 2016; MENDES Jr.; BANDEIRA; TAJRA, 2015). Entretanto, sabe-se que os aspectos considerados nessa pesquisa para estrutura foram referentes à ambiência dos consultórios, equipamentos, instrumentais e insumos, não contemplando nenhum dos itens acima descritos. Tal cenário pode explicar a ausência de associação entre as variáveis- estrutura e o indicador de escovação dental supervisionada- visto que dentre as variáveis para estrutura examinadas nesse estudo, apenas os itens: Macromodelo de arcada dentária e escova dental, guardavam relação direta com a prática de atividade educativa.

É pertinente pontuar que a relação entre a disponibilidade de materiais para as práticas coletivas e o desempenho da cobertura de escovação dental supervisionada foi ratificada por Neves et al. (2017), em pesquisa sobre as ESB participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB no Brasil, ao constatarem uma maior frequência de procedimentos dentários preventivos (aplicação tópica de flúor e aplicação de selantes) nos municípios que apresentaram melhor constância dos insumos relacionados a essas práticas.

No tocante a associação entre a escovação dental supervisionada e os padrões de qualidade municipais da dimensão processo de trabalho das ESB, os resultados mostraram existir relação estatisticamente significante entre as variáveis. Por conseguinte, quanto melhor a classificação do padrão, maior apresentavam-se os indicadores. Thurow, Castilhos e Costa

(2015) salienta que é através da regularidade dessas atividades educativas que se pode aferir as características das ESB quanto a sistematização das práticas coletivas.

Faccin et al. (2010) e Almeida et al. (2010) reforçam que a organização dos serviços desenvolvidos pelas ESB são de fundamental importância para o comportamento desse indicador, revelando que a capacidade do sistema de saúde em desenvolver ações coletivas está intimamente relacionada com a efetivação das práticas relativas à ESF. Tal argumento é confirmado por Neves et al. (2017) ao associarem maiores frequências de visitas domiciliares com melhores desempenho das ações de aplicação tópica de flúor e aplicação de selantes.

A despeito do assunto, Pimentel et al. (2014b) relatam que a baixa valorização das ações preventivas por parte das ESB pode, muitas vezes, ser consequência da prioridade dada aos procedimentos clínicos. Tal conjuntura, segundo Harris (2016), ocorre porque as estruturas institucionais se combinam com as demandas dos pacientes e da comunidade em geral, gerando um modelo de atendimento odontológico que deixa pouca margem para tratamento odontológico preventivo contínuo.

Vale aqui assinalar a preocupação descrita por Bulgareli et al. (2014) que registrou que apesar da expansão significativa das ESB em todo território nacional, a atenção em saúde bucal no Brasil ainda tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos. Para Petersen e Kwan (2010) o extenso desafio está em fortalecer os mecanismos de ações de promoção de saúde que estimulem mudanças em indivíduos e nas comunidades, extrapolando o modelo de saúde centrado na doença.

Em Pernambuco, no relatório de metas de pactuação dos indicadores- PACTO/COAP, no ano de 2014, relataram-se algumas dificuldades encontradas pelos municípios para a execução de ações de escovação dental supervisionada, ora relacionadas a aspectos estruturais (desabastecimento na disponibilização dos Kits de higiene oral pelo Ministério da saúde para distribuição aos municípios), e ora influenciada por aspectos relativos ao processo de trabalho das equipes- muitos municípios não possuem coordenação de saúde bucal para monitoramento dos indicadores e as ESB apresentavam dificuldade em alimentar o sistema de informação (PERNAMBUCO, 2014). Contudo, apesar dos inconvenientes descritos, os municípios classificados com padrão de qualidade satisfatório em relação ao processo de

trabalho das ESB, nesse estudo, atingiram a meta de 2% para o indicador de escovação dental supervisionada, pactuada no PACTO/COAP em 2014.

Em síntese, a relevância da ação coletiva de escovação dental supervisionada está em assegurar o acesso da população à medida de prevenção da cárie dental pelo estímulo de hábitos saudáveis, a partir da motivação à escovação dental. À vista disso, concernente à correlação entre o indicador de escovação dental supervisionada e a organização das práticas das equipes de saúde bucal percebe-se, pela literatura, e pelos achados da presente pesquisa que a aproximação do processo de trabalho das equipes às diretrizes prescritas na ESF resulta em maiores constâncias dessas ações para promoção e prevenção de saúde.

7.3.4 Padrões de qualidade municipais e a relação entre tratamento concluído e a primeira consulta programática

A resolubilidade, investigada nessa pesquisa, refere-se à relação entre o número de pessoas que iniciam o tratamento (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e o número de pessoas que possuem todas as suas necessidades odontológicas básicas atendidas (números de tratamentos concluídos). Ou seja, o acesso ao tratamento básico completo e resolutivo. No tocante a associação entre essa relação e os padrões municipais de estrutura das equipes de saúde bucal os resultados demonstraram não haver significância estatística entre as variáveis.

Entretanto, por meio de entrevistas com as ESB, Mendes Jr., Bandeira e Tajra (2015) e Rocha e Araújo (2009) apontaram que aspectos relacionados com a estrutura física, disponibilidade de equipamentos, instrumentais e materiais inadequados foram identificados pelos dentistas como limitantes do trabalho, dificultando a conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos. Esses achados corroboram com os produtos da pesquisa desenvolvida por Matos (2014), que ao analisar dados secundários coletados de 27 capitais brasileiras, a partir do SIAB, sugere que fatores como a dificuldade de adesão dos usuários e a disponibilização de insumos e equipamentos são elementos que podem obstacularizar a realização de tratamentos concluídos dos pacientes.

Para Lenzi et al. (2010), a condição precária do serviço público que, no geral, disponibiliza de poucos recursos materiais para tratamento e realização de atividades repercute na crença da população, muitas das vezes desacreditada do serviço e da estrutura da saúde pública, acabam por abandonar o tratamento odontológico. Esse cenário, possivelmente, vem contribuindo com a ineficácia e a insuficiência dos serviços, configurando-se assim um importante nó crítico para a atenção a saúde bucal.

Na associação entre as variáveis dependentes e independentes, reconheceu-se existir uma relação estatisticamente significativa entre os padrões de qualidade municipais do processo de trabalho das ESB e a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática, visto que os municípios classificados com padrão satisfatório apresentaram uma média maior de tratamentos concluídos quando comparados aos padrões intermediários e insatisfatórios.

Pelos resultados acima descritos infere-se que modelo assistencial adotado pelas ESB tem fundamental repercussão no comportamento desse indicador. Para Thurow, Castilhos e Costa (2015) os fatores relacionados ao tipo de acolhimento adotado no modelo ESF, a capacidade de convencimento dos profissionais das equipes no sentido de os usuários compreenderem a importância de completar seu tratamento, a possibilidade de realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e a garantia de reconsulta parecem contribuir para uma frequência maior de tratamentos concluídos.

Rodrigues et al. (2010) confirmam que a resolubilidade na rede básica está ligada, principalmente, a ação acolhedora da equipe, ao vínculo que se estabelece com o usuário e ao significado que se dar da relação profissional/paciente. Melo (2016) reforça ainda que para melhor desempenho desse indicador é preciso intensificar as estratégias que garantam a adesão aos tratamentos programáticos, fortalecendo a humanização do atendimento, a busca ativa de faltosos e a oferta das referências especializadas na perspectiva de garantir a continuidade e a conclusão dos tratamentos iniciados.

Cabe aqui pontuar que, por muitas vezes, a organização das práticas em saúde bucal alicerçado na priorização do tratamento concluído sofre questionamentos, pois a opção por não privilegiar esse tipo de conduta acaba por gerar uma maior rotatividade dos usuários que

utilizam os serviços, ampliando o acesso. Diante dessa controvérsia Rodrigues e Bonfim (2010) justificam que a preferência pelo tratamento completado deve ser incentivada, pois leva à diminuição, ao longo do tempo, das necessidades acumuladas, vislumbrando-se, num longo prazo, um ganho na qualidade dos serviços.

Finalmente, destaca-se que apesar da associação positiva entre a relação de tratamentos concluídos e a organização do processo de trabalho das ESB, aferida nessa pesquisa e constantemente descrita na literatura, vale aqui ressaltar que a problemática da continuidade e conclusão do tratamento é complexa e sofre influência de vários fatores. Menezes (2011) exemplifica alguns desses aspectos, os relacionando com a baixa condição social, a dificuldade de acesso, a falta de informação sobre saúde e sobre o tratamento, a desmotivação, o relacionamento com a equipe de profissionais e o medo do tratamento odontológico.

7.4 Dependência espacial entre padrões de qualidade municipais das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal

O Moran map para a variável do padrão de qualidade municipal do processo de trabalho das ESB revelou áreas de dependência espacial concentrada na zona da mata norte do estado, categorizados no padrão satisfatório para a organização dos serviços. Tal conjectura pode ser explicada pelo aumento das despesas públicas municipais nessa região como aponta Santo, Fernando e Bezerra (2012), em estudo sobre os gastos públicos em saúde no período de 2000 a 2007 em Pernambuco. Os autores concluíram que essa região apresentou um dos maiores percentuais de crescimento na distribuição dos recursos públicos para a saúde no estado.

Ratifica o bom desempenho dessa região de saúde, quanto à estruturação da atenção à saúde bucal baseada na ESF, o estudo de Correia Júnior. (2012) ao evidenciar uma diminuição considerável no número de procedimentos exodônticos na rede assistencial pública desses municípios, entre os anos de 2000 a 2008. Reforça esse cenário os achados da pesquisa desenvolvida por Viana, Martelli e Pimentel (2012) que identificaram um relevante avanço no

registro do indicador de primeira consulta odontológica nesses municípios, quando comparados os anos de 2001 e 2009.

Para as variáveis dependentes o teste de associação espacial mostrou áreas de correlação espacial apenas para o indicador urgência odontológica. Assim, observou-se uma dependência espacial na região da mata norte do estado que revelaram médias altas para esse tipo de atendimento odontológico. Dados da DAB para o ano de 2014 evidenciaram que quase a totalidade dos municípios dessa região dispunha de uma cobertura populacional de 100% para as ESB. De acordo com Fonseca et al. (2014) esse quadro pode está relacionado com a falta de organização ou a precarização da atenção a saúde bucal na ESF, desvelando a persistências de modelos assistenciais de caráter individual ainda praticados por essas equipes. Porém, para a justa elucidação dos fatores que estão influenciando tal comportamento nessa região faz-se necessários novas pesquisas específicas a respeito do tema.

Ainda sobre a correlação espacial da variável urgência odontológica percebeu-se também um agrupamento de municípios na região do sertão, cidades pertencentes às GERES VI e XI, que apresentaram menores médias nos registros do indicador de urgências odontológicas. Tal cenário para ser explicado necessita do estudo dos condicionantes e determinantes que resultam na menor regularidade desse atendimento da população para essa região. Porém, vale aqui lembrar que os fatores que influenciam a frequência das urgências odontológicas são complexos e perpassam, segundo Magri et al. (2014), por questões de dimensão organizacional e sociocultural. Apesar de um dos aspectos da dimensão organizacional, que pode justificar as menores médias do indicador nessa região, sublinha-se que dos 05 municípios, que compõem esse aglomerado, 03 apresentavam o total de cobertura populacional das equipes de saúde bucal para o ano de 2014, segundo dados da DAB.

Por fim, salienta-se que o conhecimento do comportamento das variáveis do estudo no território constitui importante passo para a compreensão dos eventos de saúde e planejamento de ações que possam intervir positivamente no processo saúde-doença. Porém, em virtude da própria complexidade dos fatores que podem estar influenciando o desempenho dessas variáveis faz-se essencial novos estudo que clarifiquem esses padrões de distribuição espacial aqui verificados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos produtos dessa pesquisa pôde-se perceber que o estado de Pernambuco ainda convive com problemas estruturais que perpassam pela quantidade expressiva de consultórios odontológicos com instalações inadequadas para as características estruturais e de ambiência; pelo déficit de equipamentos relacionados ao processo de esterilização, a exemplo da autoclave e da seladora; pela insuficiência de jato de bicarbonato e ultrassom, equipamentos relevantes para atendimento clínico de problemas periodontais; e pela escassez de negatoscópios, que constituem importante dispositivo no auxílio do diagnóstico das doenças bucais. Chama atenção ainda a falta de alguns insumos odontológicos para procedimentos dentários restauradores e a deficiência de instrumentais relacionados com procedimento clínico de abertura coronária e a fase clínica de instalação da prótese dentária.

Quanto ao processo de trabalho foram identificados como pontos positivos que a quase totalidade das equipes realizam planejamento das ações; compartilham a agenda com outros profissionais; garantem a continuidade do atendimento; organizam a agenda de forma a ofertar atividade educativa no território; praticam ações de prevenção e detecção do câncer de boca; realizam acompanhamento na atenção ao pré-natal e na criança até os 05 anos de idade; realizam visita domiciliares; e executam atividades relacionadas ao Programa Saúde na Escola.

No entanto, alguns desafios ainda precisam ser superados tendo em vista que em média, uma a cada três ESB não executam monitoramento e análise dos indicadores de saúde bucal, não participam de reuniões com a equipe de atenção básica, não possuem rede disponível para oferta de consulta especializada e não armazenam a ficha clínica odontológica no prontuário da família.

Constataram-se ainda como pontos negativos do processo de organização das ESB: escassez na execução de procedimentos clínicos de pequenas cirurgias e procedimentos relacionados à instalação de prótese; déficit no registro de casos suspeitos/ confirmados dos casos de câncer de boca e a ausência de serviços de referência para encaminhamento de casos suspeitos; falta de protocolo para nortear as visitas domiciliares; e deficiência no levantamento epidemiológico de escolares com necessidades em saúde bucal e que precisam de atendimento clínico odontológico.

Sobre a análise descritiva da estrutura e organização do processo de trabalho das ESB em Pernambuco no ano de 2014, conclui-se que, apesar dos municípios do estado terem desencadeado uma intensa transformação a partir da definição da ESF para reestruturação de suas práticas em saúde bucal, ainda há um longo caminho a ser percorrido na busca de ampliar o acesso e a qualidade das ações e serviços. Melhores resultados perpassam por investimentos em recursos humanos, materiais, tecnológicos, capacitações, educação continuada, valorização pessoal, estímulo ao trabalho em equipes multiprofissionais, parcerias com a comunidade, entre outros, tudo em consonância com a realidade e necessidade da população de cada território específico.

Referente ao objetivo central desse estudo, na análise das associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das ESB e indicadores de saúde bucal (resultado) da atenção primária em Pernambuco, o padrão de qualidade dos municípios para a dimensão estrutura demonstrou não estar relacionado com o desempenho dos indicadores estudados. Pois, em média os valores dos indicadores foram muito próximos considerando os padrões de estrutura satisfatório, intermediário e insatisfatório, com exceção apenas do comportamento do indicador de primeira consulta odontológica que apresentou uma média significativamente maior nos municípios de padrão satisfatório para a estrutura, com o nível de significância bem próximo ao considerado nesse estudo.

Quanto à associação dos indicadores de saúde bucal com os padrões de qualidade da dimensão processo de trabalho constatou-se uma associação estatisticamente significativa, com maiores médias dos indicadores de tratamento concluído e escovação dental supervisionada nos municípios com padrão de qualidade satisfatório, quando comparado aos municípios classificados como intermediário e insatisfatório. Tal fato pode ser explicado pelo direcionamento das ações a despeito do que preconiza a ESF. Pelos achados da literatura e da presente pesquisa compreende-se que a aproximação ao modelo assistencial alicerçado na ESF resulta em maiores médias na resolutividade das ações de saúde bucal na atenção básica e na oferta de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

E concernente à associação entre o indicador de urgência odontológica e o grau de organização do processo de trabalho das ESB, tinha-se a expectativa que quanto mais próximo das práticas recomendadas pela ESF, menores seriam os registros das urgências odontológicas. Entretanto, evidenciou-se que quanto melhor o padrão de organização do

processo de trabalho, maiores foram as médias do indicador. É possível que tal conjectura seja justificada pela pluralidade de fatores que tem o potencial de influenciar o desempenho do indicador, como: a existência de grande demanda reprimida, a dificuldade no acesso, a falta de informações sobre saúde e sobre tratamento, a desmotivação do paciente, o medo ao tratamento odontológico, entre outros.

Por fim reafirma-se que o tema pesquisado no presente estudo é de extrema importância e apresenta respostas úteis a gestores e pesquisadores. As principais delas é que os fatores relacionados a estrutura das ESB mostraram-se não exercer influência no desempenho dos indicadores de uso dos serviços odontológicos analisados nessa pesquisa. E os aspectos referentes a organização do processo de trabalho das equipes revelaram que municípios com padrões mais próximos do que se esperam para o modelo de atenção baseado na ESF estiveram associados a maiores registros dos indicadores de urgência odontológica, escovação dental supervisionada e tratamento concluído em Pernambuco no ano de 2014.

Por tudo que foi dito ressalta-se que Pernambuco ainda possui muitos desafios a enfrentar e muitas barreiras a romper para que o funcionamento do serviço de saúde bucal possa apresentar avanços reais nas práticas de atenção e esteja condizente com as premissas e orientações prescritas pela ESF. Mas, existem progressos e estes devem ser mantidos e reforçados para consolidação da atenção à saúde bucal, pois há claros indícios de que o modo como as ESB se organizam seja fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre alguns indicadores de uso de serviços. Com isso, cabe à gestão e todos os envolvidos no processo buscar, na medida do possível, adotar estratégias que venham a responder, gradativamente, às possíveis deficiências supracitadas, na perspectiva de alcançar resultados satisfatórios por meio da reorganização dos aspectos estruturais e do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Brasil. Resolução nº50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Seção 1. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0050_21_02_2002.pdf/ca7535b3-818b-4e9d-9074-37c830fd9284>. Acesso em: 20 maio 2016.

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. 244p. (Coleção Teses e Dissertações)

ALMEIDA, G. C. M. et al. F. Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 578-586, out. 2010.

ARAÚJO, P. C. **Avaliação comparativa entre as Escolas Municipais de Ensino Básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba**. 2015. 93 p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2015.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.239-248, jan. 2015a.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p.82-96, jan. 2015b.

AQUINO, R. et al. Estudos ecológicos (desenho de dados agregados). In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 15, p.175-185

BAILIT, H. L. et al. Impact of dental therapists on productivity and finances: I. Literature review. **J. Dental Educ.**, Palo Alto, v.76, n. 8, p.1061-1067, ago. 2012.

BARBOSA. A. C. Q.; RODRIGUES, J. M.; SAMPAIO, L. E. R. De programa a Estratégia: a Saúde da Família no Brasil em perspectivas. Estudo Amostral. Relatório final. In: Seminário sobre a Economia Mineira, 14.; 2010, Belo Horizonte. MG. **Anais...** Belo Horizonte: CEDEPLAR, UFMG. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/6237081.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BATISTA, S. M. O. **Associação entre indicadores de Atenção Primária em Saúde Bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do estado de Goiás**. 2010. 77p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

BERTI, M. et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 403-406, out. 2013.

BOERMA, W.G.W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). **Atenção Primária conduzindo Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia**. New York: Open University Press, 2010. cap. 2, p. 41-60.

BORDIN, D. et al. Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 221-229, abr./jun. 2016.

BRASIL. Portaria n° 3.925, 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 220, 13 nov. 1998. Seção 1, p. 55.

_____. Portaria n° 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 601, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

_____. Portaria n° 267, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 mar.2001. Seção 1, p.67.

_____. Portaria n° 673, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 106, 3 jun, 2003. Seção 1, p. 44.

_____. Portaria n° 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de mar.2006. Seção 1, p.32.

_____. Portaria n° 2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 nov. 2009. Seção 1, p.42.

_____. Portaria n° 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 set. 2010a. Seção 1, p. 25.

_____. Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010. Altera a estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2010b. Seção 1, p.3.

_____. Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2012. Seção 1.

_____. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil: **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Seminário de apresentação dos resultados iniciais da implantação do projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 74 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 140p

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 92p

_____. 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, 2012a, 66 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 114p.

_____. 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, 2013. 38 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013- 2014** (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 55 p.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 24, n. 3, p. 301–310, mar. 2012.

BRUNHAUSER, A. L.; MAGRO, M. L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 24-31, jul./dez. 2013.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, fev. 2014.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, Supl. 1, p. 63-69, dez. 2005.

CAMPOS, A. C. V. et al. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, p.4349-4355, nov. 2011.

CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.; PAIVA, M. B. P. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n.1, p-13-23, jan./mar. 2014.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.7, p.1273-1284, jul. 2012.

CARNEIRO Jr., N.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.971-979, jun. 2011.

CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Saúde bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informação em saúde. **J. Manag. Prim. Health Care**, Recife, v. 1, p. 8-13, dez. 2010.

CARPINO, R. et al. Assessing the Effectiveness of a School-Based Dental Clinic on the Oral Health of Children Who Lack Access to Dental Care: A Program Evaluation. **J. Sch. Nurs.**, Scarborough, v. 33, n.3, p. 181-188, jun. 2017.

CASOTTI, E et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.140-157, out. 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.679- 691, out.-dez. 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. cap.5, p. 189-232.

CELLA, A. N. **Implementacion de gestion por procesos en el centro de distribucion de la direccion de atencion primaria de la salud (DAPS), municipalidad de Cordoba**. 2014. 83p. Dissertação (Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud); Universidad Nacional de Córdoba, Cordoba, 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al.(Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2011. cap. 2, p.41-60.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, p.143-54, jan. 2011.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v.36, n.3, p.621-639 jul.-set. 2012.

CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2297-2301, jul. 2011.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da Qualidade da Atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina**. 2010.298 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.92-100, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Seminário do CONASS para construção de consensos, 2004, Brasília. **Atenção Primária**- Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília, DF: CONASS, 2004. 44p.

CONTARATO, P. C. **Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo**. 2011. 161 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2011.

CONTARATO, P.C.; CONTARATO, I. C. Relatos: a saúde bucal no PMAQ-AB do Espírito Santo. In: 12º Congresso Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 12.; 2013, Belém. PA. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: SBMFC, 2013. p. 1569-1570.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.12, p.2588-2598, dez. 2015.

- CORREIA JÚNIOR, W. L. M. **Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008**. 2012. 25 p. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- COSTA, D. C. S.; MORAES, R. M. Análise dos acidentes de trânsito utilizando técnicas de análise espacial. In: **Safety, Health and Environmental World Congress**. 2009, Mongaguá. SP. Anais... Mongaguá: SHEWC. Disponível em: <<http://www.de.ufpb.br/~ronei/Costa2009AnaliseAcidentesTransito.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- COSTA, A. C. O. **Percepção do cirurgião-dentista sobre trabalho no Sistema Único de Saúde**. 2010. 127 p. Tese (Doutorado em odontologia preventiva e social). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2010.
- COSTA JÚNIOR, S.; SERRA, C. G. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n.15, p. 73-90, abr. 2011.
- CRUZ, L. M. F. S.; CALDAS, A. F. J. Características da organização da Política de Saúde Bucal na Atenção Primária de municípios de Pernambuco. In: *memorias convención internacional de salud pública*, 2012, Habana. **Anais eletrônicos...** Habana, 2012. Disponível em: <actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1398>. Acesso em: 03 abr 2017.
- CUNHA, B. A. T. et al. Saúde Bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.1033-1045, out. 2011.
- DAHER, D.V.; MARINS, M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Relato de Experiência. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.331-337, jul./dez. 2014.
- DE-CARLI, A. D. et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na atenção básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 431-450, abr./jun. 2015.
- DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p. 615-627, abr. 2012.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund. Quarterly**, New York, v. 44, n. 3, p. 166-206, jul. 1966.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p.1743-1748, set. 1988.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Chicago, v. 114, n.11, p.1115- 1118, nov. 1990.
- DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, nov. 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dez. 2005.

ELANGO, K. J. et al. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. **Oral Oncology**, Oxford, v.47, n. 7, p.620-624, jun. 2011.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n.15, Supl. 1, p. 1643-1652, ago. 2010.

FAGONI, T. G. et al. Dental treatment for the pregnant patient. **Braz. Dent. Sci**, São José dos Campos, v.17, n.3, p. 4-10, jul.-sep. 2014.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 13-33, out. 2014.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.1-13, ago. 2012.

FERNANDES, J. K. B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-18, fev. 2016.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. V.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 15, v.5, p.2611-2620, ago. 2010.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2010. cap.1, p. 1-15.

FISCHER, T. K. et al. 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.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, dez. 2010.

FONSECA, A. C. F. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados**. 2009. 86 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

FONSECA, D. A. V. et al. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 269-277, jan. 2014.

FONTENELE, M. F. M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, Sup. 1, p. 1315-1324, jan. 2010.

- FRIAS, P. G.; et al. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico, I. et al (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap.4, p.43-56.
- FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.
- GARBIN, C. A. D. et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v.40, n.4, p.161-165, jul.-ago. 2011.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, mai.-jun. 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. **Novos caminhos: Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras**. [S.l.]: Regiões e Redes, 2015. 62p.
- GIUDICE, A. C. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.32-42, jan.-mar. 2013.
- GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.30, p.318-332, fev. 2014.
- GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In GOES, P. S. A.; MOYSÉS S. J. (Eds.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012. cap.13,p. 157-166.
- GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 77 p. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Revista Interface**, Botucatu, v.14, n.33, p.301-14, abr.-jun. 2010.
- HARRIS, R. V. Do 'poor areas' get the services they deserve? The role of dental services in structural inequalities in oral health. **Community Dent Health**, London, v.33, n.2, p.164-167, jun. 2016.
- HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2877-2887, jan. 2011.
- HEMALATHA, V. T. et al. Dental considerations in pregnancy – A critical review on the oral care. **J. Clin. Diagn. Res.**, Delhi, v.7, n. 5, p. 948-53, mar. 2013.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD, 2007. 87 p

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.161-170, jan. 2010.

KALAVREZOS, N.; SCULLY, C. Mouth Cancer for Clinicians Part 2: Epidemiology. **Dent. Update**, Guildford, v. 42, p. 354–359, may. 2015.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p.1533-1541, jun. 2010.

KESSLER, M. et al. Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde. **J. res.: fundam. care.** Online, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.3050-3062, jul./set. 2015.

KUBO, F. M. M.; PAULA, J. S.; MIALHE, F. L. Teachers view about barriers in implementing oral health education for school children: a qualitative study. **Braz. Dent. Sci**, São José dos Campos, v. 17, n. 4, Oct./Dec. 2014.

LAMEIRA, C. E. C.; MARTINS, R. J.; BELILA, N.M.; BARRETO, G. G.; CHICORIA, J. V. G.; LOPES, R. G. et al.. Prevenção e recuperação da Saúde Bucal de crianças e adolescentes em situação de risco social da Associação Beneficente João Arlindo: avanços e conquistas. In: **6º Congresso da FOA-UNESP**, 2016, Araçatuba. SP. Anais. Araçatuba, SP: FOA,UNESP, 2016. p. 261.

LANGENBRUNNER, J. C.; CASHIN, C.; O'DOUGHERTY, S. **Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals**. Washington DC: World Bank, 2009, 348p.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out.-dez. 2011.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p.15-22, jan./mar. 2010.

LENZI, T.L.; et al. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes do Programa Saúde da Família em um Município do Sul do Brasil. **J. Health Sc. Inst.**, São Paulo, v.28, n.2, p. 121-4, jun. 2010.

LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.547-556, jul./set. 2010.

LIMÃO, N. P. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n.1, p. 84-92, jan./mar. 2016.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p.1367-1377, mar. 2009.

LUCENA, E. H. D.; PUCCA JUNIOR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 53-63, abr. 2011.

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2013.45 p. Monografia (Especialização)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MAGALHÃES, B. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015.

MAGRI, L. V. et al. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 144-155, jan.-mar. 2014.

MALLMANN, F.H; TOASSI, R. F. C.; ABEGG, C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n. 1, p: 79-88, mar. 2012.

MARTELLI, P. J. L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 3243-3248, out. 2010.

MARTINS, L. G. T. et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 01-09, mar. 2016.

MATOS, P. E. S. **Análise da atenção em saúde bucal no Brasil sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2014. 143p. Tese (Doutorado em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MELO, L. M. L. L. et al. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, Natal, v.2, n. 1, p. 42-55, abr. 2016.

MELO, L. M. L. L. **Análise da organização das ações municipais de saúde bucal na atenção básica**. 2016. 89 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social)- Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2016.

MENDES JR., F. I. R; BANDEIRA, M. A. M.; TAJRA, F. S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 147-158, jan./mar. 2015.

MENEZES, P. B. **Estímulo à continuidade do tratamento odontológico na Policlínica Odontológica Santa Emília**- Mario G. da C. Lima na Rede Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. 2011. 20 p. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande. 2011.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 984-996, jun. 2015.

MORAES, P. N. IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p. 171-186, dez. 2015.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. 69-81, nov. 2010.

NASH, D. A. Adding dental therapists to the health care team to improve access to oral health care for children. **Academic Pediatrics**, Maryland Heights, v.9, n.6, p. 446-51, Nov./Dec. 2009.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A., BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, out./dez. 2014.

NEVES, M. et al. Primary Care Dentistry in Brazil: From Prevention to Comprehensive Care. **J. Ambul. Care Manage.**, Philadelphia, v.40, p.35-48, Apr./Jun. 2017.

OLIVEIRA, C. A. S. et al. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2453-2460, ago. 2013a.

OLIVEIRA, J. M. B et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.2, p. 211-218, mar. 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata. 1978. 03 p. Disponível em: < <http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 7 out. 2016.

PADILHA, W. W.N. et al. Planejamento e Programação Odontológicas no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 1, n. 5, p. 65-74, jan./abr. 2005.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: Percepções de Enfermeiros. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, jan. 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 598p.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 449-462, mar. 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Metas e resultados dos indicadores Pacto/COAP 2014**. Recife, 2014. 116p. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno_indicadores_pernambuco_2014.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). **Community Dental Health**, London, v. 27, Sup. 1, p. 129-136, jun. 2010.

PIMENTEL, F. C. **A Atenção à Saúde Bucal no Estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais**. 2010. 96 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2010.

PIMENTEL, F. C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p.2189-2196, jul. 2010.

PIMENTEL, B. V. A et al. A utilização dos indicadores de Saúde Bucal e de Desenvolvimento Humano no monitoramento da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba- PR. **Espac. Saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 42-52, jul./set. 2014a.

PIMENTEL, F. C. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.54-61, mar. 2014b.

PIMENTEL, F. C. et al. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 88-101, jan./mar. 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 1-19, ago. 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014.

PISSATTO, S. B. G. B. **Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba**. 2011. 145 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília. 2002. 350 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> < Acesso em: 13 mai.2017.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.2, p. 481-517, mar./abr. 2009.

RODRIGUES, A. A. O. ; BOMFIM, L. S. Saúde Bucal No Programa Saúde Da Família Em Município do Semiárido Baiano (Feira De Santana): Organização e Micropolítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 96-108, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em feira de Santana-BA. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n.4, p. 476-485, out./dez. 2010.

ROJAS, G. C. S. **Indicadores de saúde bucal em função da organização da demanda: análise baseada no sistema de informação.** 2014. 64p. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

ROSSI, T. R. A. **A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia:** da entrada na agenda à sua implementação. 2011. 65 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP.** 2013. 153p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde coletiva)- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANT'ANNA, V. E. **Avaliação da Assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no Município de Campinas, por meio do Sistema de Informações em Saúde.** 2011. 49p. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011.

SANINE, P. R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo.** 2014. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2014.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). **Atenção Primária conduzindo Redes de Atenção à Saúde:** Reforma organizacional na atenção primária europeia. Nova Iorque: Open University Press, 2010. 342p.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.35-44, jan. 2013.

SANTO, A. C. E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.861-871, abr. 2012.

SARTORI, C. et al. Avaliação de Indicadores de Saúde Bucal: estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família. In: SARTORI, C. et al. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2015. 194 p.

SHROFF, Z et al. (2015). Incorporating research evidence into decision-making processes: researcher and decision-maker perceptions from five low and middle-income countries. **Health Research Policy and Systems**, London, v.13, p.1-14, nov. 2015.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008.176p.

SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.211-220, jan. 2011.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.1207-1228, out. 2014.

SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, jul. 2011.

SOARES, F. F. CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washigton, v.6, n. 34, p. 401-406, set. 2013.

SOARES, S. S.; LIMA, L. D.; CASTRO, A. L. B. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J. Manag. Prim. Health Care**, Recife, v.5, n.2, p.170-177, jun. 2014.

SOBRINHO, J. E. L et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, jan./mar. 2015.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011. 2011. 154 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 839-849, abr. 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente** - um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004. 83p.

TANAKA, O. U. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, out./dez. 2011.

TANAKA, O.Y; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.821-828, abr. 2012.

TAVARES, R. P. et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out./dez. 2013.

THUROW, L. E.; CASTILHOS, E. D. ;COSTA, J. S. D. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n. 3, p. 545-550, jul./set. 2015.

VAN WEEL, C.; MAESENEER, J.; ROBERTS, R. Integration of personal and community health care. **Lancet**, London, v.372, n. 9642, p. 871-872, sep. 2008.

VASCONCELOS, R. A. **Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru**: desafios para um processo de mudança. 2011. 163p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho: Botucatu, 2011.

VIANA, I. B; MARTELLI, P. J. L.; PIMENTEL, F. C. Análise da evolução das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco de 2001 a 2009. **Revista IJD-International Journal of Dentistry**, Recife, v. 10, n.4, p 242-248, out./dez. 2011.

VIANA, I. B; MARTELLI, P. J. L.; PIMENTEL, F. C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 02, p. 151-160, abr./jun. 2012.

VIEGAS, A. P. B. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, abr./jun. 2015.

VUORI H. A. A qualidade da saúde. **Divulg. Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 17-24, fev. 1991.

APÊNDICE A- Subdimensões e descrição das Variáveis de Estrutura e condições de funcionamento da UBS

Quadro 01. Dimensões, Subdimensões e descrição das Variáveis de Estrutura e condições de funcionamento da UBS

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	RESPOSTAS	ESCORE	
Estrutura da UBS	Características estruturais e ambiência da Unidade de Saúde	O consultório odontológico da Equipe de Saúde Bucal está localizado na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica?		Sim	01
				Não	-
		O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização		Sim	01
				Não	-
		O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)		Sim	01
				Não	-
		O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis		Sim	01
				Não	-
		O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor.		Sim	01
				Não	-
		O consultório odontológico permite privacidade ao usuário		Sim	01
				Não	-
	Equipamentos	Amalgamador; Aparelho de RX; Ar-Condicionado; Autoclave; Avental de chumbo; Cadeira odontológica Cuspideira; Sugador; Refletor; Mocho; Cart;	Caneta de alta rotação; Caneta de Baixa Rotação; Compressor de ar com Válvula de Segurança; Fotopolimerizador; Jato de Bicarbonato; Macromodelo de arcada dentária e escova dental; Ultrassom Odontológico; Câmera escura; Negatoscópio; Seladora	Sim	01
				Não	-
	Instrumentais odontológicos	Alveolótomo; Aplicadores de Hidróxido de Cálcio; Alavancas; Bandeja em Aço; Brunidores para restauração de Amalgáma; Cabos de Bisturi; Caixa com Tampa em Aço Inox; Cânula para Aspiração Endodôntica.; Condensadores para restauração; Curetas Cirúrgicas; Curetas Periodontais; Escavadores de dentina; Escavadores para Pulpotomia; Esculpidores; Espátula para Inserção de Resina; Espátula para Gesso e Alginato Espelho Clínico; Extirpa-Nervos;	Fórceps (Infantil); Fórceps (Adulto); Gral de Borracha; Limas Endodônticas; Limas Ósseas; Moldeiras; Pedra de Afilar Cureta Periodontal; Pinça Clínica; Placa de vidro; Porta agulha; Porta amalgama; Porta-matriz Seringa carpule; Sindesmótomo; Sonda exploradora; Sonda milimetrada; Sugador cirúrgico; Tesouras cirúrgicas;	Sim	01
				Não	-

	Insumos Material	Ácido e sistema adesivo; Rolo de algodão; Amálgama (capsula); Amálgama (preparo manual); Anestésico tópico; Anestésico com vasoconstrictor; Anestésico sem vasoconstrictor; Lâmina de bisturi; Brocas diversas; Cimentos diversos; Cunhas; EPI- luvas, máscaras, óculos, touca e aventais; Fios de sutura odontológicos;	Flúor gel; Revelador e fixador; Gaze; Material restaurador temporário; Matriz; Medicação intracanal para polpa viva e necrosada; Microbrush; Papel carbono; Caixa de descarte para material perfurocortante; Resinas fotopolimerizáveis; Selantes; Seringas descartáveis para irrigação	Sim	01
				Não	-

Fonte: adaptada de Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. 2013.

APÊNDICE B- Dimensões, Subdimensões e descrição das Variáveis de Processo de Trabalho das ESB

Quadro 02- Dimensões, Subdimensões e descrição das Variáveis de Processo de Trabalho das ESB

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	RESPOSTA	ESCORE
Processo de trabalho das ESB	Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Sim, apenas com ESB	01
			Sim, junto com a EAB	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	Sim	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim	01
			Não	-
		A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim	01
			Não	-
		Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?	Sim	01
			Não	-
		Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal?	Sim	01
			Não	-
		A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da Equipe de Saúde Bucal?	Sim	01
			Não	-
		A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?	Sim	01
			Não	-
		Reunião de equipe	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	Sempre
	Às vezes			-
	Nunca			-
	A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando Poderá marcar mais de uma opção de resposta. A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.		Sim	01
			Não	-
	As metas para a atenção básica pactuada pelo município		Sim	01
			Não	-
	As informações do sistema de informação da atenção básica		Sim	01
			Não	-
	As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)		Sim	01
			Não	-
	As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)		Sim	01
		Não	-	
As questões ambientais do território	Sim	01		
	Não	-		
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	Sim	01		
	Não	-		

Organização dos prontuários na US	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?	Sim	01	
		Não	-	
	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?	Sim	01	
		Não	-	
	Existe um modelo padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica?	Sim	01	
		Não	-	
	Organização da agenda da equipe de Atenção Básica	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?	Sim	01
			Não	-
		A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território de Saúde?	Sim	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim	01
			Não	-
Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolatividade	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	Sim	01	
		Não	-	
	Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual (is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde?	Cirurgia Oral	01	
		Endodontia	01	
		Pacientes com necessidades especiais	01	
		Periodontia	01	
		Estomatologia	01	
		Radiologia	01	
		Ortodontia/ortopedia	01	
		Implantodontia	01	
		Odontopediatria	01	
	Outra(s)	01		
	Existem protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para quais das seguintes especialidades?			
	Cirurgia	Sim	01	
		Não	-	
	Endodontia	Sim	01	
		Não	-	
	Pacientes Especiais	Sim	01	
		Não	-	
	Periodontia	Sim	01	
		Não	-	
	Estomatologia	Sim	01	
Não		-		
Radiologia	Sim	01		
	Não	-		
Ortodontia/ ortopedia	Sim	01		
	Não	-		
Implantodontia	Sim	01		
	Não	-		
Odontopediatria	Sim	01		

		Não	-
	Outro	Sim	01
		Não	-
Oferta e resolubilidade das ações da ESB	O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?	Sim	01
		Não	-
	A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde?	Sim	01
	Drenagem de abscesso	Não	-
	Sutura de ferimentos por trauma	Sim	01
		Não	-
	Remoção de dentes impactados	Sim	01
		Não	-
	Frenectomia	Sim	01
		Não	-
	Remoção de cistos, acesso à polpa dentária	Sim	01
		Não	-
	Acesso à polpa dentária	Sim	01
		Não	-
	Aplicação tópica de flúor	Sim	01
		Não	-
	Exodontia de decíduo	Sim	01
		Não	-
	Exodontia de permanente	Sim	01
		Não	-
	Restauração de amalgama	Sim	01
		Não	-
	Restauração de resina	Sim	01
		Não	-
	Restauração em dente decíduo,	Sim	01
		Não	-
	Pulpotomia	Sim	01
		Não	-
	Raspagem, alisamento e polimento supragengival,	Sim	01
		Não	-
	Tratamento de alveolite,	Sim	01
		Não	-
Ulotomia/ulectomia	Sim	01	
	Não	-	
Cimentação de prótese	Sim	01	
	Não	-	
Outros	Sim	01	
	Não	-	
Câncer de boca	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos e ou confirmados de câncer de boca?	Sim	01
		Não	-
	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos e ou confirmados de câncer de boca?	Sim	01

			Não	-
			Desconhece se tem alguma referência	-
		Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?	Sim	01
	Atenção ao pré-natal	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	Não	-
			Sim	01
	Atenção a criança de até 05 anos de idade	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade?	Não	-
			Sim	01
	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?	Não	-
			Sim	01
		A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?	Sim	01
	Prótese dentária	A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?	Não	-
			Sim	01
	Programa Saúde na Escola	A equipe possui realiza atividades na escola/creche?	Não	-
			Sim	01
		A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche?	Não	-
Sim			01	
A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico.			Sim	01
		Não	-	

Fonte: adaptada de Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. 2013.

APÊNDICE C- Dimensões, Subdimensão, variáveis e cálculo dos indicadores de saúde bucal.

Quadro3 - Dimensões, Subdimensão, variáveis e cálculo dos indicadores de saúde bucal.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	CÁLCULO
Resultado	Indicadores	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100;
		Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	Média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada realizada em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100;
		Relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática	Número de tratamentos concluídos pela ESB dividido pelo número de primeira consulta odontológica programática multiplicada por 100;
		Média de atendimento de urgências odontológicas	Número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante em determinado local e período dividido pela população cadastrada no mesmo local período.

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CPqAM/FIOCRUZ

Anexo A- Parecer do comitê de ética em pesquisa- CPqAM/FIOCRUZ



Título do Projeto: “QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PERNAMBUCO”
FIOCRUZ”

Pesquisador responsável: Italene Barros Viana

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apreciação ao CEP: 29 de Junho de 2017

Registro no CAAE: 63796917.1.0000.5190

Número do Parecer na Plataforma Brasil: 2.147.398

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

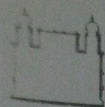
O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 17 de agosto de 2017

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

ANEXO B

CARTA DE ANUÊNCIA DO CPqAM/FIOCRUZ

Anexo B- Carta de anuência do CPqAM/FIOCRUZ

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ/PE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que concordamos com a submissão e/ou execução do Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva intitulado "Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco", da mestrandia Italene Barros Viana, facultando-lhe o uso de instalações e coletar dados da pesquisa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB.

Recife, 13 de Junho de 2017.

Sidney Feitoza Farias
Coord. Pesquisa PMAQ –
FIOCRUZ/PE

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE

Recife - PE - CEP: 50.670-420

Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br