

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE**

LUCILA BRANDÃO HIROOKA

**A saúde bucal em uma região de saúde do estado de São Paulo por
diferentes perspectivas a partir do programa de melhoria do acesso
e da qualidade da atenção básica**

Ribeirão Preto
2018

LUCILA BRANDÃO HIROOKA

A saúde bucal em uma região de saúde do estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Hirooka, Lucila Brandão

A saúde bucal em uma região de saúde do estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Ribeirão Preto, 2018.

184 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde.
3. Saúde Bucal. 4. Serviços de Saúde Bucal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Hirooka, Lucila Brandão

A saúde bucal em uma região de saúde do estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos que lutam pelo direito de todos à saúde

AGRADECIMENTOS

Meus mais profundos agradecimentos à Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava, pela oportunidade de ser sua orientanda, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pela caminhada, por acolher minhas aflições e ampliar meu olhar, por tudo vivido nessa trajetória e, acima de tudo, pela amizade. Toda minha admiração pela sua coerência e luta, que inspira e dá forças para continuar acreditando. Minha eterna gratidão.

À Universidade de São Paulo, à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP e ao Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade, por ter possibilitado cursar o doutorado e aperfeiçoar meus conhecimentos.

Aos professores Juan Stuardo Yazlle Rocha, Soraya Fernandes Mestriner e Edson Zangiacomi Martinez, pelas valiosas contribuições recebidas por ocasião do exame de qualificação e em todo percurso.

À Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa, pelos ensinamentos e pela alegria.

A todos envolvidos na realização das Avaliações Externas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB no Estado de São Paulo, pela incrível experiência, pela oportunidade de trocas e novos aprendizados.

À equipe da Macro 1, pelo trabalho em equipe, pela motivação, pelos aprendizados e amizade.

Aos amigos do grupo de estudos e pós-graduação, em especial ao Guilherme Vinícius Catanante e Hélio Souza Porto, pela parceria e pela generosidade em compartilharem conhecimentos.

Aos Departamentos Regionais de Saúde III, V e VIII, secretários municipais de saúde e coordenadores pela receptividade, apoio para a realização da pesquisa e pelo exemplo de comprometimento com o fortalecimento do SUS. Em especial, Cristiane, Mônica, Viviane, Emília e Thaila, muito obrigada!

A todos os cirurgiões-dentistas que aceitaram participar deste estudo, obrigada pelo tempo, por compartilharem seus olhares e pelas ricas contribuições.

À Maria Cristina Manduca Ferreira e todos funcionários da Biblioteca Central da USP de Ribeirão Preto, pelo acolhimento e orientações.

À coordenação de Saúde Bucal e aos colegas de trabalho da prefeitura municipal de Americana/SP, pela compreensão, estímulo e apoio. Adriana, Denise, Cláudia, Cadu, Marcinha, Deza, Fran, Cleide, Elis, Edilene, Érica, Mel, Elizangela e todos os outros, obrigada!

À Daiane Roza, pela ajuda, paciência e esclarecimentos.

Com carinho, aos amigos Pablo Natanael Lemos, Selma Nunes, Wilson Mestriner Jr., Flávio Adriano Borges Melo, Luana Pinho Mesquita e todos outros que fizeram parte da minha trajetória e significam muito para mim.

À toda minha família, pelo suporte afetivo, por entenderem minhas ausências, por me apoiarem, por cuidarem do Joaquim. Mãe, pai, irmã, sogros, cunhados, sobrinhos, sou muito grata a cada um de vocês.

Ao Henrique, companheiro de vida, pela motivação, compreensão, apoio incondicional, por ouvir meus lamentos, por sua infinita paciência, por sempre arrumar uma forma de me ajudar, por me dar força e amor.

Ao Joaquim, filho amado, que chegou no meio dessa viagem, por ser você.

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
Mãos dadas – Carlos Drummond de Andrade*

RESUMO

Hirooka LB. A saúde bucal em uma região de saúde do estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2018.

O objetivo deste estudo foi identificar os principais avanços e desafios ocorridos na atenção à saúde bucal na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), sob a perspectiva da integralidade do cuidado, por meio de dois estudos transversais. O Estudo 1, ecológico, contou com dois momentos: o primeiro se valeu do banco de dados proveniente do instrumento de coleta das Avaliações Externas das equipes dessa região, participantes do 1º e/ou 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). O segundo momento abrangeu os indicadores de atenção básica de saúde bucal da região, propostos no Contrato Organizativo de Ação Pública (2013-2015) e os pactuados para o monitoramento do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, obtidos nos bancos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O Estudo 2, tipo *survey*, teve como instrumento de pesquisa um questionário aplicado aos cirurgiões-dentistas que integram as ESB da região em estudo que participaram do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB. Os resultados mostram que as unidades de saúde com equipes de saúde bucal da RRAS 13, possuem, de forma geral, consultórios odontológicos com características estruturais e ambiência adequadas aos padrões estabelecidos pelo programa, bem como equipamentos, instrumentais e insumos suficientes para a realização de atividades clínicas, exceto os relacionados à confecção de próteses dentárias e RX. As equipes de saúde bucal realizavam a maior parte dos procedimentos para o atendimento clínico de saúde bucal, com exceção da reabilitação protética, que permanece principalmente inserida nos serviços especializados e pouco acessível aos usuários. Apesar dos avanços, foram identificadas barreiras no acesso dos usuários e a necessidade de expansão e fortalecimento das ESB, extensão do horário de funcionamento, bem como da reorganização das práticas no que se refere ao trabalho em equipe, apoio da gestão, planejamento das ações, atividades de educação permanente, matriciamento e realização de visitas domiciliares. Fragilidades no fluxo e o longo tempo de espera para atendimento especializado evidenciam a necessidade de estruturação da rede de atenção e fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado, na busca pela integralidade do cuidado. O interesse dos cirurgiões-dentistas nesse processo se reflete na alta taxa de retorno dos questionários e na perspectiva positiva, de modo geral, em relação a proposta avaliativa do programa federal. Com os avanços e desafios mostrados nesse estudo, na sua singularidade, espera-se contribuir para o fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde e para que o PMAQ-AB cumpra com sua função indutora no sentido de ampliar o acesso e a qualidade das ações de saúde bucal desenvolvidas nesta região, na perspectiva da construção de uma cultura avaliativa, ainda incipiente na área da saúde em nosso país.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Hirooka LB. Dental health services in a regional health care network of São Paulo from different perspectives through the Brazilian national program for improving access and quality of primary care [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2018.

The aim of this study was to identify the main advances and challenges in oral health care in the Regional Health Care Network 13, from the perspective of comprehensive care, through two cross-sectional studies. Study 1, is a ecological study, which was divided into two sections: the first used the database of the External Evaluation instrument of health teams of this region that participated of the 1st and/or 2nd cycle of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. The second section covered the indicators of basic oral health care of this regions proposed in the Organizational Contract of Public and Health Action (COAP 2013-2015) and those agreed for the monitoring of the 1st and 2nd cycle of the PMAQ-AB obtained in the database of the Brazilian National Health System information system. Study 2, is a survey study, had as a research instrument a questionnaire applied to generalist dental surgeon that integrate the health team of the study region that participated in the 1st and / or 2nd cycle of PMAQ-AB. It was identified that the oral health units of RRAS 13 generally have dental offices with structural characteristics and ambience adequate to the standards established by the program, as well as sufficient equipment, instruments and supplies to carry out clinical activities, except those for dental prostheses and RX. Oral health teams performed most of the procedures for clinical oral health care, except for prosthetic rehabilitation, possibly due the permanence os this servisse in secondary care and not accessible to users. Despite the advances, barriers were identified in the access of users and the need to expand and strengthen of the oral health teams, extension of working hours, as well as the reorganization of the practices regarding teamwork, management support, action planning, activities of permanent education, specialist orientation and home visits. Fragilities in the interactions between first and secondary care as the long waiting time for specialized care point out that advances in access and coverage by oral health services are still necessary for structuring the care network and strengthening Primary Health Care as a care coordinator, in the search for integral care. The interest of generalist dental surgeon in this process is reflected in the high rate of return of the questionnaires and in the positive perspective, in general, in relation to the evaluative proposal of the federal program. With the advances and challenges shown in this study, in its singularity, it is hoped to contribute to the strengthening and consolidation of the National Oral Health Policy within the Brazilian Unified Health System and for PMAQ-AB to fulfill its inductive function in the sense of to increase the access and quality of the public oral health actions developed in this region, in the perspective of the construction of an evaluative culture, still incipient in the health area in Brazil.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Oral Health. Dental Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo.....	48
Figura 2 - Análise de correspondência das variáveis do DRS III, da parte 2 do Estudo 2.....	107
Figura 3 - Análise de correspondência das variáveis do DRS V, da parte 2 do Estudo 2.....	108
Figura 4 - Análise de correspondência das variáveis do DRS VIII, da parte 2 do Estudo 2.....	109
Figura 5 - Análise de correspondência das variáveis do DRS XIII, da parte 2 do Estudo 2.....	110
Figura 6 - Análise de correspondência das variáveis da RRAS 13, da parte 2 do Estudo 2.....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Módulos e Subdimensões da Avaliação Externa – 1º ciclo.....	53
Quadro 2 - Módulos e Subdimensões da Avaliação Externa – 2º ciclo.....	54
Quadro 3 - Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal COAP.....	57
Quadro 4 - Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal PMAQ-AB.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de Saúde, equipes e municípios, com e sem SB, no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB.....	50
Tabela 2 - Proporção de Unidades de Saúde e equipes de saúde bucal do estudo .	50
Tabela 3 - Horário de funcionamento, equipamentos, materiais e insumos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.....	68
Tabela 4 - Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.	70
Tabela 5 - Processo de trabalho em Saúde Bucal das equipes de Atenção Básica dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.	71
Tabela 6 - Referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária das ESB dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB. ...	73
Tabela 7 - Percepção dos usuários quanto aos serviços de Saúde Bucal das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB..	75
Tabela 8 - Modalidade, características estruturais e ambiência do consultório odontológico e horário de funcionamento das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	76
Tabela 9 - Equipamentos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	77
Tabela 10 - Instrumentais odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	78
Tabela 11 - Insumos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	79
Tabela 12 - Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira dos profissionais de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	81
Tabela 13 - Educação Permanente e Apoio Institucional das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	83
Tabela 14 - Apoio Matricial, planejamento e reuniões das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	85
Tabela 15 - Territorialização, organização dos prontuários e agenda das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	87
Tabela 16 - Coordenação do cuidado das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	88

Tabela 17 - Integração da Rede, oferta, resolubilidade e acesso à prótese dentária das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	90
Tabela 18 - Atenção ao câncer de boca, pré-natal, crianças até 5 anos, visita domiciliar e Programa Saúde na Escola das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.	92
Tabela 19 - Acesso, marcação de consulta e acolhimento da saúde bucal na percepção dos usuários dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	94
Tabela 20 - Atenção integral, vínculo, responsabilização, coordenação do cuidado, prótese dentária e satisfação com os serviços de saúde bucal dos usuários dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.....	96
Tabela 21 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal nos DRS da RRAS 13.....	98
Tabela 22 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos DRS da RRAS 13.	99
Tabela 23 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos nos DRS da RRAS 13.	100
Tabela 24 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos DRS da RRAS 13.	100
Tabela 25 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática nos DRS da RRAS 13.	101
Tabela 26 - Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante nos DRS da RRAS 13.	102
Tabela 27 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas nos DRS da RRAS 13.	103
Tabela 28 - Média de instalações dentárias nos DRS da RRAS 13.....	104
Tabela 29 - Média de atendimento de urgência odontológica por habitante nos DRS da RRAS 13.....	104
Tabela 30 - Taxa de incidência de alteração da mucosa oral nos DRS da RRAS 13.	105

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em saúde bucal
CAA	Comissão de Avaliação da Atenção Básica
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centros de especialidades Odontológicas
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
EABSB	Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LPDR	Laboratórios de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRAOD	Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PRECAD	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS 13	Rede Regional de Atenção à Saúde 13
SES	Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
SI	Sistema Incremental
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Técnicos em Prótese Dentária
TSB	Técnico em saúde bucal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Atenção Básica	21
2.2 Histórico da Saúde Bucal no Brasil	24
2.3 Avaliação em Saúde.....	33
2.4 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	36
2.5 Indicadores de Saúde Bucal.....	39
3 JUSTIFICATIVA.....	43
4 OBJETIVOS.....	45
5 MATERIAL E MÉTODOS	47
5.1 Campo de Pesquisa	47
5.2 Estudo 1	48
5.2.1 Natureza do estudo	48
5.2.2 Primeiro momento	49
5.2.2.1 População de estudo.....	49
5.2.2.2 Coleta de dados e instrumentos	50
5.2.3 Segundo momento	54
5.2.3.1 População de estudo.....	54
5.2.3.2 Coleta de dados e instrumentos - Descrição dos indicadores de Saúde Bucal da RRAS 13	55
5.3 Estudo 2	61
5.3.1 Natureza do estudo	61
5.3.2 População de estudo.....	62
5.3.3 Coleta de dados e instrumentos - A percepção dos cirurgiões-dentistas das ESB em relação à participação no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB	63
5.4 Aspectos éticos	65
6 RESULTADOS.....	67
6.1 Estudo 1	67

6.1.1 Primeiro momento	67
6.1.1.1 Avaliações Externas do 1º ciclo do PMAQ-AB	67
6.1.1.2 Avaliações Externas do 2º ciclo do PMAQ-AB	75
6.1.2 Segundo momento: indicadores de Saúde Bucal da RRAS 13.....	97
6.1.2.1 Indicadores COAP.....	97
6.1.2.2 Indicadores PMAQ-AB	100
6.2 Estudo 2	105
6.2.1 Parte 1.....	106
6.2.2 Parte 2.....	106
7 DISCUSSÃO	112
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES	162
APÊNDICE A - PARTE 1: Caracterização dos sujeitos de pesquisa	162
APÊNDICE B - PARTE 2: Percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a participação no PMAQ-AB.....	163
APÊNDICE C - Termo de consentimento do gestor municipal da saúde	165
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	166
APÊNDICE E - Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido	167
ANEXOS	168
ANEXO A - Variáveis da Avaliação Externa do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB.....	168
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....	182

1 APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica (AB) tem se destacado nos últimos anos, tanto como campo de estudo, quanto como prioridade para intervenção por meio de políticas públicas. No Brasil, a partir da segunda metade dos anos 90, a AB tem como modelo preferencial a Saúde da Família, considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial da AB no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde Bucal foi sendo gradativamente incorporada às práticas assistenciais da AB, tendo participação mais expressiva a partir de do ano 2000, com sua inclusão na Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Com a consolidação da ESF e crescimento dos serviços de AB, há uma necessidade de avaliar as ações e os serviços desenvolvidos, incluindo as práticas de saúde bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos com o objetivo de conhecer os desafios e as necessidades para qualificação da AB. Neste sentido, o Ministério da Saúde lança, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que busca fornecer padrões de boas práticas e organização, promovendo maior conformidade dos serviços com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O tema central deste estudo é a avaliação das equipes da atenção básica à saúde bucal da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 do Estado de São Paulo, mais especificamente sobre a participação no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB. Este trabalho busca apresentar os resultados das avaliações externas desses dois ciclos, contextualizadas com os indicadores de saúde bucal propostos no Contrato Organizativo de Ação Pública e na etapa de monitoramento do PMAQ-AB. Busca ainda os significados da participação no PMAQ-AB para as equipes de saúde bucal da Rede Regional de Atenção à Saúde 13, como possibilidade de se ampliar a avaliação proposta pelo PMAQ-AB para a inclusão das formas alternativas de entendimento em cada situação, de acordo com a realidade local.

O meu envolvimento com o tema iniciou a partir das experiências de atuação na AB. Sou graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2005) e tive oportunidade de atuar em equipes multidisciplinares de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu (2005 a 2009) e Litoral Sul (2011-2012) e cursar, por alguns meses, a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade da Universidade Federal de São

Carlos (UFScar 2010-2011). No mesmo período cursei as especializações em Odontologia em Saúde Coletiva (São Leopoldo Mandic 2007-2009) e Saúde Indígena (Unifesp 2008-2010) e o Mestrado no Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP 2009-2010). Desde 2012 trabalho na AB do município de Americana/SP e sou tutora/orientadora dos cursos de Especialização em Saúde da Família e Saúde Indígena da Universidade Aberta do SUS (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal de São Paulo).

Em 2014 tive a oportunidade de participar como supervisora/tutora da Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. Para a realização desta fase no Estado de São Paulo, diferentemente do 1º ciclo, foi feita a articulação entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e dez instituições de ensino superior paulistas. A Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto/SP - ficou responsável pelas avaliações externas das equipes dos municípios que integram a Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), sendo a coordenadora pedagógica macrorregional (e orientadora deste trabalho), docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e a coordenadora acadêmica membro do NUPESCO-Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.

Decorrente dessa participação e da inserção no Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade (doutorado), faço parte de um grupo de estudos que discute o programa, seus resultados e indicadores de saúde - buscando dar uma devolutiva para os participantes de forma singularizada - e também cursei a especialização em avaliação de serviços de saúde - ênfase em educação permanente (UFCSPA 2014-2015).

Para a realização das Avaliações Externas do 3º ciclo no Estado de São Paulo, iniciadas em maio de 2018, foi realizada a parceria entre o Ministério da Saúde, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon - UFMG) e instituições de ensino superior paulistas. A região denominada “Macro 1”, coordenada por dois docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, e na qual participo como uma das Assistente de Pesquisa, coube a responsabilidade pelas entrevistas das equipes de saúde dos Departamentos Regionais de Saúde II, III, V, VIII, X, XIII e XV.

Esta trajetória me possibilitou vivenciar diferentes realidades, trocar experiências com outros profissionais e me instiga a compreender a Saúde Bucal dentro do SUS, seus processos sociais, rumos e avanços e poder colaborar para a reflexão sobre a qualidade em saúde, dada a urgência e relevância desse tema.

A tese está organizada em quatro partes: a primeira parte trata-se do referencial teórico, que subsidia o trabalho e está dividido em cinco partes que se integram: Atenção Básica, conceitos e atributos; Histórico da Saúde Bucal no Brasil, para compreendermos o atual modelo de atenção desenvolvido; Avaliação em Saúde, conceitos e importância; O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, proposta institucional de avaliação da AB e Indicadores de Saúde Bucal, para o monitoramento das ações de saúde bucal no país. A segunda explicita a justificativa e objetivos do trabalho. A terceira parte aborda a construção metodológica, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados, fontes de dados, além dos procedimentos adotados na coleta e análise das informações. A quarta parte apresenta os resultados obtidos, discussão e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O objeto desta pesquisa volta-se às equipes de Saúde Bucal e busca sua fundamentação teórico-metodológica nos conceitos de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS), na Avaliação em Saúde, no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e nos Indicadores de Atenção Básica em Saúde Bucal definidos tanto no âmbito do PMAQ-AB, quanto pelo Contrato Organizativo da Ação Pública, referência esta que vem a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, por meio do Decreto nº 7.508 do ano de 2011.

Adota-se como referencial teórico a integralidade do cuidado. A integralidade, considerada com um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002), pode ser compreendida a partir de variados ângulos que destacam aspectos da mesma questão, não sendo, portanto, excludentes entre si. Dessa forma, em uma das acepções, a integralidade pode ser entendida como a articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a composição de saberes e de práticas que se interpenetram (Mattos, 2004).

No que se refere à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde. Dessa forma, a integralidade pressupõe que a organização do trabalho nos serviços de saúde considere a relação assimétrica entre profissional e usuário, com necessidades não restritas ao conhecimento técnico do profissional (Costa, 2004).

Para Cecílio e Merhy (2003), o cuidado recebido e vivido pelo paciente, de forma idealizada, faz-se pela soma de diversos pequenos cuidados parciais que se complementam de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde. Assim, o cuidado em saúde é composto de uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação e também de disputa.

De acordo com Ferri et al. (2007), para que as práticas de saúde tenham o cuidado como produto final, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico,

as políticas públicas, enfim, a integralidade, assumida em uma perspectiva que extrapola o setor saúde.

Nesse sentido, a integralidade do cuidado implica no atendimento ampliado das necessidades de saúde dos sujeitos da atenção, na busca de superar o modelo centrado nas queixas e nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (Mattos, 2004). A integralidade remete à qualificação do cuidado, na perspectiva de aproximar as práticas profissionais das soluções que as pessoas esperam encontrar para seus problemas de saúde. O cuidado pode ser utilizado para se avaliar o modo como são organizadas as ações de saúde (Camargo Júnior, 2005) e, da mesma forma, a integralidade pode ser utilizada para a avaliação dos serviços e sistemas de saúde (Hartz; Contandriopoulos, 2004).

2.1 Atenção Básica

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, representou um marco histórico de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Nessa conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada como estratégia para alcançar a meta "Saúde Para Todos no ano 2000", e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (Cueto, 2004).

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades (Giovanella; Mendonça, 2008). Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) manteve seu posicionamento a favor de uma APS abrangente, o Banco Mundial destacou-se na difusão de propostas de reformas dos sistemas de saúde baseadas em uma concepção de APS seletiva, como cesta básica, por ser restrita a serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza (Mattos, 2001).

Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (2005) divulgou o documento "Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas", que subentende uma atualização da concepção abrangente de APS. Defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de

uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (Giovanella; Mendonça, 2008).

Starfield (2002) sistematiza o conceito de APS por meio da definição de atributos dos serviços de atenção primária: como essenciais estabelece a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Nessa concepção, como atributos derivados, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, centrar-se na família e ter competência cultural.

A atenção ao primeiro contato implica na acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (Starfield, 2002). Os serviços de APS devem ser a porta de entrada do sistema de saúde, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (Giovanella; Mendonça, 2008).

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre pessoas e profissionais de saúde (Starfield, 2002). Para que se efetive, a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência seja por meio da adscrição territorial de clientela, seja por meio da inscrição voluntária dos pacientes em uma unidade de saúde (Giovanella; Mendonça, 2008).

A integralidade implica no reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias (Giovanella; Mendonça, 2008). Assim, as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, seja na própria unidade ou em outros serviços (Starfield, 2002).

Para que se registrem avanços na integralidade do cuidado, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação das diversas ações e serviços necessários. A coordenação implica na capacidade de garantir a

continuidade da atenção no interior da rede de serviços, de forma articulada. Para tanto são necessárias tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações (Giovanella; Mendonça, 2008).

A orientação para a comunidade se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações relacionam-se ao contexto econômico e social (Starfield, 2002). Implica no conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade e a participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde (Giovanella; Mendonça, 2008).

A centralidade na família é o conhecimento destas, dos seus membros e fatores relacionados à gênese e ao tratamento das doenças (Starfield, 2002). Considera o contexto e dinâmica familiar para avaliar e responder às necessidades de cada membro (Giovanella; Mendonça, 2008).

A competência cultural compreende a capacidade de adequação do serviço às necessidades culturais e especiais da comunidade e às necessidades especiais derivadas desta (Starfield, 2002). Envolve o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade (Giovanella; Mendonça, 2008).

Mendes (2009) afirma que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde são mais adequados às necessidades de saúde da população, mais efetivos e eficientes, mais equitativos e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde.

No Brasil, a introdução da atenção primária à saúde foi feita no início do século XX, mas consolidou-se, no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (Mendes, 2009). A terminologia Atenção Básica (AB) foi adotada em detrimento à Atenção Primária, pela necessidade, naquele momento histórico, de diferenciação entre a proposta da Saúde da Família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

A partir da segunda metade dos anos 90, a APS brasileira tem como modelo preferencial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que aparece em 1994 como

um programa, mas que passa a ser considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial da AB no âmbito do SUS (Conill, 2008). Neste trabalho, a Atenção Básica será empregada como sinônimo de Atenção Primária à Saúde.

O conceito de AB adotado no Brasil, reiterado nas edições da PNAB, a caracteriza pelo conjunto de ações de saúde que abrange a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. Objetiva, assim, uma atenção integral capaz de impactar na autonomia e situação de saúde das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2017a).

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que incorporou os princípios e atributos de uma concepção de APS abrangente e pela qual estabelece as diretrizes de organização da AB no Brasil (Giovannella; Mendonça, 2008). Esse documento foi revisado em 2011, mantendo a ESF como a estratégia da AB e introduziu elementos as “Redes de Atenção à Saúde” (RAS), como o arranjo organizativo do SUS.

Por meio da construção das RAS, propõe-se que os serviços não mais se disponham em posição hierárquica, embora cada um possua diferentes densidades tecnológicas e exerçam distintos papéis no processo assistencial, o que é essencial para a integralidade. A organização do sistema fundamentado nas RAS permite a integração entre os diversos pontos de atenção, favorecendo o acesso, a continuidade assistencial, a integralidade e a utilização mais racional dos recursos (Lavras, 2011).

Outros aspectos importantes apresentados na PNAB de 2011 (Ministério da Saúde, 2012a) foram: a expansão da ESF para atender a populações ribeirinhas, de áreas fluviais e moradores de rua, a consolidação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) e condicionar uma parte dos recursos financeiros aos resultados obtidos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

2.2 Histórico da Saúde Bucal no Brasil

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais são definidos por Paim (2002) como formas de organização das relações entre sujeitos, mediadas por

técnicas e tecnologias utilizadas nos processos de trabalho para resolver e atender necessidades de saúde historicamente definidas, individuais ou coletivas. São construções históricas que refletem a concepção do processo saúde-doença dentro de um contexto sócio-político-cultural que influencia a implementação das práticas. Os movimentos de transformação das práticas acontecem em decorrência da forma com que o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população (Costa et al., 2006).

Narvai (2002) diferencia os termos atenção à saúde bucal e assistência odontológica, sendo que o primeiro não envolve apenas um conjunto de ações limitadas a assistência odontológica (entendida como a prática clínica), mas também busca atingir grupos populacionais por meio de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal. Implica atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença-bucal, que exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia, mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e coordenação de ações multisetoriais.

Para Chaves (1977 apud Narvai, 2002, p. 69), o conceito de saúde bucal como saúde parcial é uma abstração útil para identificar objetivos parciais em programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação deste conceito, já que a saúde é um estado do indivíduo, que não pode subsistir com saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas e que os programas especializados das diversas profissões da saúde só têm sentido quando integrados em um programa global de saúde pública.

Desta forma, estudar o percurso realizado pela saúde bucal é importante no sentido de entender a forma pela qual ela se inseriu estruturalmente no processo de produção do modelo de atenção à saúde atual (Silva et al., 2011).

Na fase colonial e imperial da história brasileira, o Estado não apresentava uma forma sistemática de cuidar da saúde da população, atuando de forma pontual em situações de epidemia (Oliveira; Souza, 1998). As práticas eram restritas a apenas uma parcela da população (corte) e a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas e ervas) e curandeiros (Bertolli Filho, 1999). Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram voltadas a atender interesses políticos e econômicos, com ações de caráter autoritário,

campanhista e excludente, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo (Bertolli Filho, 1999; Oliveira; Souza, 1998; Costa et al., 2006).

A prática da saúde bucal no Brasil sofreu grande influência dos países europeus e no século XX, dos Estados Unidos, priorizando práticas odontológicas do setor privado e reproduzindo o modelo educacional norte-americano nas universidades brasileiras (Costa et al., 2006). No final do século XIX e início do século XX, a Odontologia, ainda como especialização médica, segue o modelo assistencial flexneriano, caracterizado pelo atendimento mecanicista, o biologicismo, o individualismo, a valorização da especialização profissional e da tecnologia e o curativismo, desprezando procedimentos de promoção da saúde e prevenção de agravos (Mendes, 1986).

A assistência odontológica na saúde pública brasileira iniciou-se em 1912 com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, caracterizada pela falta de avaliação, ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, preparo inadequado dos profissionais e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no setor público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (Werneck, 1994).

Com o advento da industrialização brasileira, as ações de saúde passaram a focar os trabalhadores, dando crescimento à medicina previdenciária. Em 1923, com a Lei Elói Chaves, surgiu na assistência à saúde as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), visando garantir acesso à saúde aos empregadores e empregados, além de aposentadoria e alguns benefícios (Costa, 2002). Com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em 1933, organizados não mais por empresas como as CAP, mas por categorias profissionais, a assistência médico-odontológica foi ampliada, mas ainda direcionada para grupos específicos mediante a inserção no mercado de trabalho que, além de restrita e variável entre os institutos, que em geral utilizavam a contratação de serviços profissionais privados (Costa et al., 2006).

A partir de 1950 iniciavam-se as ações estatais na área odontológica, baseadas na odontologia sanitária, definida por Chaves (1960 apud Narvai, 2006, p.142) como “a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral da comunidade”. A odontologia de mercado, ou assistência odontológica privada, seguia absolutamente predominante, mas deixou de ser a única modalidade assistencial (Narvai, 2002, 2006).

Os primeiros programas de odontologia sanitária foram desenvolvidos no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942 e mantido por um acordo de cooperação técnica entre Brasil e os Estados Unidos, com o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares (Roncalli, 2003).

O modelo do SI, proposto por Waterman, nos Estados Unidos, em 1946, baseava-se em uma ação horizontal, por meio de um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical, por meio de um programa curativo solucionando os problemas prevalentes (Pinto, 1989). O SI apresentou algumas variações, mas esteve especialmente voltado para populações em idade escolar (6 a 14 anos) - apesar de não ter sido proposto exclusivamente para este público - devido às facilidades de intervir nestes espaços (escolas), a ênfase epidemiológica nesta faixa etária e a influência norte-americana de saúde escolar (Abreu; Werneck, 1998; Roncalli, 2000).

Embora importado de forma acrítica, o SI significou grande progresso na assistência odontológica da época. Em relação a eficácia, o SI não conseguiu reduzir a incidência de cárie dentária, quando muito conseguiu um aumento no número de dentes restaurados (Oliveira et al., 1999). A maioria dos programas reduziram a fase preventiva à fluoretação das águas de abastecimento público ou a sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas e as ações programáticas ficaram restritas à assistência odontológica, perdendo-se a perspectiva da atenção à saúde bucal (Nickel et al., 2008).

Em 1967, os IAP se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual tinha sua vertente assistencial de saúde no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), havendo nos anos seguintes expansão da assistência médico-odontológica financiada pelo Estado, culminando, já no início dos anos 80, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD). Ainda que essa expansão tenha sido implementada de forma centralizadora, impulsionou a criação e o desenvolvimento de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde em todo país. No entanto, não significou melhores condições de saúde bucal da população, pela impotência para alterar o quadro epidemiológico relacionado aos limites do próprio setor saúde, já que o modelo se caracterizava pelo atendimento à demanda

espontânea e predomínio de procedimentos cirúrgicos-restauradores (Narvai, 2002; Narvai; Frazão, 2008a).

Nos anos 70 ocorreu uma tentativa de racionalização do SI, denominada odontologia simplificada, que, fundamentada na crítica a odontologia flexneriana, pretendia tornar os procedimentos odontológicos mais simples e baratos, sem danos a qualidade, tornando a odontologia mais produtiva e mais viável para o setor público. Porém, não passou de um sistema incremental simplificado, mais barato e de maior cobertura, com enfoque limitado, destinado às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, além manter a ênfase na prática curativa (Zanetti; Lima, 1996).

Os modelos assistenciais no Brasil, incluindo a dimensão odontológica, até o dado momento caracterizaram-se pela dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde: o sistema previdenciário se encarregava das ações curativas e a saúde pública das ações de caráter preventivo (Bertolli Filho, 1999). Segundo Chaves (1986 apud Narvai, 2002, p. 43), a Odontologia foi dicotomizada em preventiva, de responsabilidade da saúde pública, caracterizada pelo modelo predominantemente de assistência a escolares, e curativa, atribuída as clínicas particulares (odontologia de mercado) e seguro social; para o restante da população, a assistência se dava de forma fragmentada entre as instituições do sistema previdenciário, secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas.

No início da década de 80, na VII Conferência Nacional de Saúde, o modelo de prática odontológica brasileira foi caracterizado como ineficiente e ineficaz, apresentando um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (Narvai, 2002). Surgiu então a proposta de uma Odontologia Integral, baseada no modelo incremental com certas alterações (Zanetti; Lima, 1996) e possuía como elementos básicos o coletivismo, integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, descentralização da atenção odontológica, inclusão de técnicas alternativas, equipe de saúde, tecnologia apropriada e participação comunitária (Mendes, 1986). No entanto, o SI, a Odontologia Simplificada, a Odontologia Integral e os programas baseados na prevenção não conseguiram fugir das limitações que suas próprias práticas lhes impuseram e não universalizaram o acesso, sendo dirigidos a parcelas limitadas da população (Roncalli, 2000).

Os anos 70 e 80 foram marcados por propostas de reformas no setor saúde e profundas críticas ao modelo assistencial odontológico. No contexto da redemocratização da sociedade e da articulação do movimento sanitário brasileiro, realizou-se, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, concomitante à VIII Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou o compromisso do Estado em garantir a saúde como um direito básico de cidadania, a necessidade de um diagnóstico das condições de saúde bucal e de uma política nacional de saúde bucal (Ministério da Saúde, 1986). Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, buscou-se assegurar a saúde como um direito social para todos os brasileiros e criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde e norteado pelos princípios e diretrizes de universalidade e integralidade da atenção, descentralização político-administrativa e controle social (Lei n. 8.080, 1990; Lei n. 8.142, 1990).

Apesar do avanço nas discussões no final dos anos 80 e início dos anos 90, os programas de saúde bucal nacionais propostos foram centralizados e verticalizados. Em 1998 foi criado o Departamento de Odontologia no INAMPS, que instituiu o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental (PRECAD), com o uso de selantes e flúor. O MS, em 1989, definiu paralelamente ao INAMPS, a política nacional de saúde bucal, representada pelo Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental. Em 1988, o MS e o INAMPS publicaram o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Brasil, Zona Urbana, 1986 (Silvestre et al., 2013).

Em 1991 foi lançada a Portaria nº 184, que estabeleceu a oferta pelo SUS de procedimentos coletivos de saúde bucal, com a intenção de substituir os Tratamentos Completados (TC). Introduziu-se, assim, além da fluoretação das águas e da assistência odontológica, a possibilidade de financiamento estatal dos bochechos com flúor e a escovação supervisionada com dentifrício fluoretado, que reforçaram as ações de caráter preventivo nos serviços públicos de saúde (Narvai; Frazão, 2008b; Ely et al., 2009; Silvestre et al., 2013).

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, aprovou diretrizes e estratégias políticas para a área, enfatizou a saúde bucal como um direito de cidadania a ser assegurado mediante um novo modelo de atenção, discutiu desafios em relação aos recursos humanos, ao financiamento e ao controle social, e também afirmou a inserção da saúde bucal no SUS (Ministério da Saúde,

1993). Em 1996 o MS realizou o segundo Levantamento em Saúde Bucal, restrito a cárie dentária de escolares de 6 a 12 anos das capitais e Distrito Federal (Costa et al., 2006).

Depois de anos promovendo políticas prioritárias à atenção hospitalar com repasses financeiros baseados, principalmente, na produção de serviços individuais e na capacidade instalada, as políticas públicas se voltaram para a AB (Silvestre et al., 2013). Em 1994, o MS instituiu o Programa Saúde da Família, posteriormente designado como uma “estratégia” para reorientar a organização e o modelo de Atenção Básica.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorporou os princípios do SUS e preconizou o trabalho em equipe, composta inicialmente por médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, caracterizando-se como um modelo de atenção primária voltado para estratégias/ações preventivas, de promoção de saúde, de recuperação e reabilitação, com foco na família (Ministério da Saúde, 1997; Silvestre et al., 2013). Na segunda metade dos anos 90, a ESF permaneceu como uma prioridade na agenda federal da saúde e alcançou uma expressiva cobertura e capilaridade no território nacional (Machado et al., 2007).

Narvai e Frazão (2008b) afirmam que nos anos 90 a saúde bucal não ocupou posição de destaque na agenda federal da saúde nos anos 90, com baixa prioridade das políticas para a área. Em um contexto de avanços na implementação do SUS, ainda que em meio a dificuldades estruturais e conjunturais, as mudanças relativas à saúde bucal foram tímidas, sem uma ruptura radical com os modelos tradicionais de atenção, nem a articulação de uma política nacional abrangente para a área da Saúde Bucal.

Em face da constatação dos limites das políticas para a área de saúde bucal nos anos 90, no início dos anos 2000 intensificou-se o debate sobre a necessidade de estratégias específicas de fortalecimento da área. Em 28 de dezembro de 2000 foi lançada a Portaria nº 1.444 que fixou incentivo financeiro para inclusão e reorientação da saúde bucal na ESF (Ministério da Saúde, 2000) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS de 2001 (Ministério da Saúde, 2001a) definiu a saúde bucal como uma das áreas estratégicas na AB. Isso representou um importante aporte no financiamento público da odontologia e aumento da rede de serviços em todo País (Mattos et al., 2014).

As normas e diretrizes foram regulamentadas pela Portaria nº 267 (Ministério da Saúde, 2001b), que estabeleceu dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB): ESB modalidade I, composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentários (ACD) e ESB modalidade II, composta por CD, ACD e Técnico em Higiene Dental (THD). Em 2008, a Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008 regulamentou o exercício e reformulou a nomenclatura para Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (Lei n. 11.889, 2008).

Inicialmente, as ESB implantadas ficaram responsáveis por prestar assistência à população com a abrangência de duas equipes de saúde da família, o que corresponderia a uma estimativa de uma ESB para cada 6.900 habitantes. Somente em 2003, a partir da Portaria nº 673, o MS passou a financiar as equipes de saúde bucal na proporção de 1:1 com relação às equipes de saúde da família, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas (Ministério da Saúde, 2003a).

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, o MS realizou o terceiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, identificado como Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, esta pesquisa permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000 (Ministério da Saúde, 2004a). Em 2011 foi realizado o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2011a).

Assim, em 2004, o MS lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, designada como Brasil Sorridente. Essa política propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal no país, tendo como objetivo aumentar a oferta de serviços odontológicos para todas as faixas etárias, ampliar e qualificar a AB e assegurar atendimento em todos os níveis de complexidade com vistas a alcançar a integralidade da atenção em saúde (Ministério da Saúde, 2004b, 2006a). Ainda em 2004, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, que expressou o esforço de construção de novos rumos para a política, identificando os principais problemas

do País nessa área e buscando meios, recursos e estratégias para superá-los (Ministério da Saúde, 2004c)

As estratégias de ação do Brasil Sorridente envolvem o desenvolvimento de ações de promoção e proteção como a implantação da fluoretação das águas de abastecimento públicas, acesso da população a kits de escovas e dentifrícios fluoretados, incentivo de ações de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, desenvolvimento de ações de recuperação de todos os níveis de complexidade e ações de reabilitação (Ministério da Saúde, 2004b, 2006a). Tendo como base uma política centrada na vigilância em saúde, foco na família e por linhas de cuidado e expansão dos procedimentos clínicos especializados por meio principalmente dos Centros de especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR), o Brasil Sorridente buscou a universalidade do acesso aos serviços odontológicos (Silveira et al., 2013).

A reorganização das ações em saúde bucal, operacionalizada pela inserção das EBS na ESF, tem sido vista como a possibilidade de ruptura com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo por meio da reorientação do processo de trabalho fundamentado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (Souza; Roncalli, 2007; Ministério da Saúde, 2008a; Faccin et al., 2010; Mattos et al., 2014).

Diante dessa possibilidade de mudança do modelo de atenção, vários estudos têm abordado a inserção da saúde bucal em estados (Baldani et al., 2005; Souza; Roncalli, 2007; Martelli et al., 2008; Lourenço et al., 2009; Silva et al., 2011; Pimentel et al., 2012), departamentos regionais de saúde (Aquilante; Aciole, 2015), colegiados gestores regionais (Moura et al., 2013), microrregiões de saúde (Mattos et al., 2014), municípios (Santos et al., 2007; Rocha; Goes, 2008; Nascimento et al., 2009; Pereira et al., 2009; Reis et al., 2009; Faccin et al., 2010; Moretti et al., 2010; Cunha et al., 2011), distritos sanitários municipais (Almeida; Ferreira, 2008; Emmi; Barroso, 2008; Rodrigues et al., 2009; Pimentel et al., 2010) e unidades de saúde (Santos; Assis, 2006; Munkeviz; Pelicioni, 2010; Rodrigues et al., 2011). Apesar de não permitirem generalizações e apresentarem uma limitação temporal e geográfica, estes estudos são importantes para gestão dos serviços e mostram os avanços e

desafios enfrentados para construção de uma atenção à saúde bucal coerente com os princípios do SUS.

Ainda que os estudos alertem sobre a existência de grandes desafios e barreiras a romper para que o funcionamento do serviço de saúde bucal possa apresentar avanços reais nas práticas de atenção, destacam-se avanços que se referem principalmente a ampliação acesso (seja pela organização efetuada, seja pela expansão do número de equipes de saúde bucal), maior oferta de procedimentos preventivos (Santos et al., 2007; Lourenço et al., 2009; Nascimento et al., 2009; Reis et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Munkeviz; Pelicioni, 2010; Pimentel et al., 2010; Silva et al., 2011; Mattos et al., 2014; Aquilante; Aciole, 2015) e maior satisfação do usuário com as melhorias trazidas pela inserção das ESB na ESF (Emmi; Barroso, 2008; Reis et al., 2009; Munkeviz; Pelicioni, 2010).

2.3 Avaliação em Saúde

A despeito da diversidade de definições, para Contandriopoulos (2006) a avaliação consiste, fundamentalmente, em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos se posicionarem e construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Guba e Lincoln (1989 apud Kantorski et al., 2009, p. 345) consideram a avaliação como um processo político e social, sendo possível distinguir quatro gerações em seu percurso histórico: a primeira geração, caracterizada pela mensuração, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida; a segunda geração, caracterizada pela descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior; a terceira geração, caracterizada pelo julgamento, na qual o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior. As três gerações representaram avanços, mas também apresentam limitações: a tendência à supremacia da visão gerencial, a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, a hegemonia do paradigma positivista, a desconsideração com o contexto, a grande dependência de medições

quantitativas e a não responsabilização moral e ética do avaliador pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

A Avaliação de Quarta Geração, proposta como alternativa às avaliações anteriores e com pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária).

O termo grupos de interesse se remete as organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo, que possuem características comuns, além de algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, estão, de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo (Guba; Lincoln, 1989 apud Kantorski et al., 2009, p. 345). Segundo Kantorski et al. (2009), ao adotar um caráter participativo, a avaliação de quarta geração possibilita intervenções mais favoráveis no sentido da qualificação de serviços de saúde.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação é inerente às ações e às relações humanas, e pode ser também um recurso integrante das práticas sociais, a exemplo das práticas de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2005a), a avaliação na área da saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Dentre as diversas abordagens avaliativas em saúde, grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado no quadro conceitual proposto por Donabedian (1980, 1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Em relação ao modelo sistêmico, a “estrutura” abrange a avaliação das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se a área física,

recursos humanos, materiais, financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços. O “processo” tem como referencial o indivíduo e a população, com foco nas atividades prestadas na assistência, na abordagem do problema de saúde e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (Donabedian, 1980).

A avaliação do “resultado” é considerada o que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total. É a análise do resultado que serve de indicador para a avaliação indireta da qualidade e pode intervir nos outros componentes, operando mudanças objetivas no sistema de saúde (Donabedian, 1980). Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Considerando que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências, o autor conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (Donabedian, 1992).

De acordo com Hartz (2002), a institucionalização da avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional, sendo capaz de influenciar o seu comportamento, como um modelo de orientação para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. No Brasil, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção teve sua elaboração iniciada a partir da criação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica (CAA) em 2003 (Ministério da Saúde, 2005b; Felisberto, 2006). Segundo Souza (2002), a criação da CAA na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), além de marcar a influência da Saúde da Família como estratégia estruturante da AB no Brasil, favorece a indução do processo de institucionalização da avaliação na atenção básica.

Dentre os instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços de AB utilizados no Brasil, destacam-se o AMQ (Questionário de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), o qual se constitui numa iniciativa do MS, lançada em 2005, para oferecer, aos gestores municipais, ferramentas de autoavaliação e gestão da qualidade da ESF (Ministério da Saúde, 2005b). Após o AMQ, o Ministério da Saúde lança, em 2010, o PCATool (Primary Care Assessment

Tool) que busca identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (Ministério da Saúde, 2010b).

Em 2012, o MS lança dois instrumentos de avaliação com o intuito de avaliar o padrão de qualidade dos serviços de APS e com isso introduz um novo conceito de gestão em APS no Brasil. Um dos instrumentos é o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), caracterizado por buscar a melhoria dos quesitos que englobam os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social do SUS, o outro instrumento é o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), o qual situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (Ministério da Saúde, 2012b).

2.4 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e foi instituído pelo MS por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com a busca contínua de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Ministério da Saúde, 2013a).

O Ministério da Saúde (2013a), com a participação dos gestores estaduais e municipais, definiu sete diretrizes que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ-AB:

I - Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde;

II - Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade;

III – Ser transparente em todas as suas etapas;

IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB;

V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização;

VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

VII – Ter caráter voluntário para a adesão.

No 1º e 2º ciclo, o PMAQ-AB foi estruturado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização.

A fase de adesão foi a fase inicial de pactuação voluntária, por meio de um Termo de Compromisso, entre as equipes de saúde da família e a gestão municipal e o MS, firmando um compromisso de aderência à proposta de avaliação, tendo por base indicadores da atenção básica e os resultados alcançados.

A fase de Desenvolvimento consistiu no conjunto de ações empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica e se organiza em quatro dimensões: Auto avaliação; Educação Permanente e Apoio Institucional e Monitoramento. A auto avaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento os sujeitos e grupos implicados, avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

A fase de Avaliação Externa consistiu em um conjunto de ações com a finalidade de averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de atenção básica participantes do Programa. As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de auto avaliação (AMAQ).

A fase de Recontratualização foi o momento de repactuação entre as equipes e o gestor municipal após a avaliação externa a fim de rever a gestão e os processos de trabalho com intuito de identificar e estimular as unidades de saúde à efetivação das melhorias necessárias aos seus processos. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e

compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

Em 2011, o PMAQ-AB contemplou em seu 1º ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo Equipes de Saúde Bucal (ESB), com um limite de adesão de 50% do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por município, devido questões orçamentárias. No ano de 2013 iniciou-se o 2º ciclo, que possibilitou a adesão universal das Equipes de Atenção Básica (Equipes Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizada, Equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No Brasil, 3.965 municípios aderiram ao 1º ciclo (71,3%) e 5.213 (93,6%) ao 2º ciclo (Santos et al., 2014).

As parametrizadas são equipes de saúde que se organizam de maneira a assegurar os princípios da AB, mas de forma diferente da ESF. Para tal, devem cumprir um conjunto de parâmetros que consideram núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho (Ministério da Saúde, 2013a).

Segundo Pinto et al. (2012), o PMAQ-AB busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação, entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho. Segundo os autores, o PMAQ-AB trouxe mudanças significativas ao vincular pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB).

O MS utiliza como ferramenta de avaliação de qualidade na AB os instrumentos AMAQ e PMAQ-AB, que foram desenvolvidos de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em todo o Brasil (Ministério da Saúde, 2013a). Ferraz et al. (2012) afirmam que o PMAQ-AB é uma proposta que por meio de processos avaliativos procura efetivar os pressupostos das políticas de saúde a fim de melhorar a AB.

Contarato (2013) descreveu as percepções das entrevistadoras de campo da avaliação externa do PMAQ-AB, no Estado do Espírito Santo utilizando os diários de

campo. Os resultados mostraram que a saúde bucal, na maioria dos municípios, ainda possui um processo de trabalho restrito, sem muita integração com a equipe de saúde da família. Com isso grande parte dos municípios ainda mantém um modelo de assistência voltado para a prática curativa e imediatista.

Segundo Kusma et al. (2012), potencializar estratégias de promoção da saúde bucal para alcançar melhores resultados é parte das diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal e Vigilância em Saúde Bucal. A construção de referenciais consistentes para avaliação de tais estratégias pode apoiar processos avaliativos que permitam o reconhecimento, fortalecimento e mudanças com potencial para promover a saúde bucal.

De acordo com Macinko et al. (2017) o PMAQ-AB pode ser considerado uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar o desempenho da AB e propiciou a duplicação de investimentos federais na área. Segundo os autores, os dados gerados estão começando a ser usados para entender as restrições estruturais e operacionais enfrentadas pelos profissionais de saúde.

2.5 Indicadores de Saúde Bucal

Com o objetivo de avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde de AB no âmbito do SUS, o MS implementou, entre as instâncias gestoras do SUS, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Pacto pela Saúde e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que configuraram três grandes direcionadores da pactuação e monitoramento dos indicadores de saúde no Brasil desde 1999 aos dias atuais (Moysés; Goes, 2012).

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais e analisar comparativamente o desempenho (Ministério da Saúde, 2013b).

Em relação a saúde bucal, a seleção, descrição e método de cálculo dos indicadores de saúde bucal expressos nos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS sofreram diversas alterações. Segundo Contarato (2011), a instabilidade nas pactuações dificulta uma análise temporal contínua dos indicadores e a construção de uma série histórica confiável.

Entre os anos de 2003 e 2005 foram pactuados três indicadores, sendo dois obrigatórios (cobertura de primeira consulta odontológica, e razão entre os procedimentos odontológicos e população de 0 a 14 anos), e um complementar (proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais).

Em 2006, o MS redefiniu os principais indicadores para a área de saúde bucal, mantendo como obrigatório a cobertura de primeira consulta odontológica programática e incluindo o indicador de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, além de dois complementares: média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (Ministério da Saúde, 2003b, 2006b).

Nova pactuação ocorreu em 2007, na qual permaneceu um indicador principal da cobertura de primeira consulta odontológica programática e dois complementares: a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a média de procedimentos odontológicos básicos (Ministério da Saúde, 2007b).

Em 2008, segundo a Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, o MS redefiniu os indicadores de saúde bucal no Pacto pela Saúde, com a seleção de um indicador principal (cobertura de primeira consulta odontológica programática) e o indicador complementar de média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada (Ministério da Saúde, 2008b).

Este indicador, antes denominado cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, teve alteração no método de cálculo: desde 2006 a cobertura era calculada somando-se o número de pessoas participantes da ação coletiva em cada mês e dividindo-se pelo número de meses em que a ação foi efetuada. Porém, um município que realizasse esta ação em apenas um mês do ano, poderia ter um resultado semelhante a outro que a realizasse em todos os meses do ano. Desta forma, a partir de 2008, o MS alterou a base de cálculo para o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, realizada em determinado local e período, dividido por 12 meses, independentemente da existência de registros em todos os meses (Ministério da Saúde, 2007c).

Em 2009, esses indicadores foram excluídos do Pacto pela Saúde, deixando a saúde bucal sem indicadores durante o ano de 2010 (Ministério da Saúde, 2009b). A reinserção aconteceu em 2010, com a publicação da Portaria nº 3.840, estabelecendo o indicador de cobertura populacional estimada das ESB da ESF e o

indicador da média de escovação dental supervisionada (Ministério da Saúde, 2010c).

Na pactuação de 2012, o MS manteve o indicador de média de escovação dental supervisionada e substituiu o indicador de cobertura populacional estimada das ESB da ESF pelo indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, incluindo no método de cálculo a carga horária dos cirurgiões-dentistas da atenção básica lotados nas unidades tradicionais e de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2011b). É importante ressaltar que o indicador de cobertura populacional estimada de ESB não significa que os usuários estejam necessariamente recebendo tratamento que implique alterações em seu estado de saúde (Contarato, 2011).

No ano de 2012 foi publicada a Resolução nº 4, de 19 de julho, que trata das responsabilidades sanitárias a serem pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), inserindo novos indicadores para a pactuação 2013-2015 (Ministério da Saúde, 2012c). Atualmente, o Caderno de Diretrizes para pactuação 2013-2015 (Ministério da Saúde, 2013b) define indicadores a serem avaliados anualmente, classificados como indicadores universais, de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicadores específicos, com pactuação obrigatória apenas quando forem observadas as especificidades no território. Dentre esses indicadores, foram definidos três de saúde bucal, sendo dois universais (cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e um específico (proporção de exodontia em relação aos procedimentos).

No momento de adesão ao Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de AB e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados como Indicadores de desempenho (vinculados ao processo de avaliação externa e utilizados para a classificação das EAB) e Indicadores de monitoramento (a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na classificação). A

análise dos indicadores corresponde a 30% da nota de certificação, a avaliação externa 60% e autoavaliação 10% (Ministério da Saúde, 2013a).

Para saúde bucal, no 1º ciclo, foram selecionados 7 indicadores, sendo 4 de desempenho (média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas) e 3 de monitoramento (média de instalações de próteses dentárias; média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; taxa de incidência de alterações da mucosa oral) (Ministério da Saúde, 2012b).

No 2º ciclo o MS manteve os indicadores e quantidade, no entanto a proporção de instalações de próteses dentárias passou a ser um indicador de desempenho, enquanto a cobertura de atendimento odontológico à gestante passou a ser indicador de monitoramento (Ministério da Saúde, 2013a). Os indicadores têm em comum a possibilidade de contribuir para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

3 JUSTIFICATIVA

A Saúde Bucal foi sendo gradativamente incorporada às práticas assistenciais da AB, tendo participação mais expressiva a partir da publicação da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 que fixou incentivo financeiro para inclusão e reorientação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2000).

A incorporação era vista como a possibilidade de romper com os históricos modelos de atenção à saúde bucal excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, devido principalmente as propostas da Estratégia de Saúde da Família centradas na vigilância à saúde e atenção voltada para a família. No entanto, na prática, a inclusão e a rápida expansão não implicaram necessariamente em uma mudança do modelo de atenção, sendo possível a reprodução de um modelo programático focal e excludente (Souza; Roncalli, 2007).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011, é uma ferramenta de avaliação das ações da AB, que tem seu sucesso condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente (Ministério da Saúde, 2012b).

Este trabalho justifica-se pela possibilidade de contribuir para a avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica à Saúde Bucal proposta pelo PMAQ-AB na Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), identificando as possíveis mudanças ocorridas não somente pelos resultados das avaliações externas e indicadores de saúde bucal pactuados, como também a partir da percepção dos cirurgiões-dentistas das ESB em relação a capacidade do programa como indutor da ampliação do acesso e da qualidade da AB, singularizando a avaliação no contexto vivenciado no cotidiano.

Ao envolver os sujeitos, na perspectiva da avaliação de quarta geração, o estudo justifica-se também pela possibilidade de enriquecer o programa, ao agregar novos elementos que buscaram identificar os significados desse processo avaliativo. Cabe destacar que não foram encontrados na literatura estudos que abordassem a percepção dos profissionais participantes acerca do programa.

Espera-se, assim, dar maior visibilidade às características de organização da saúde bucal e oferecer subsídios para tomadas de decisões em busca da

qualificação dos serviços públicos de saúde bucal ofertados, na expectativa de contribuir para o fortalecimento e consolidação da PNSB no âmbito do SUS e para a construção de uma cultura avaliativa, ainda incipiente na área da saúde em nosso país.

4 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar os principais avanços e desafios ocorridos na atenção à saúde bucal na região de uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde – RRAS pela perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, dos indicadores de saúde bucal e dos cirurgiões dentistas, que será obtido a partir de dois estudos.

Estudo 1 - Objetivos Específicos

1. Descrever:

- As condições da estrutura e dos processos de trabalho para a atenção à saúde bucal disponíveis por ocasião das avaliações externas do 1º ciclo do PMAQ-AB nessa região de saúde.
 - A percepção dos usuários dessa região de saúde quanto aos serviços de saúde bucal, no que se refere ao seu acesso e utilização, disponíveis por ocasião das avaliações externas do 1º ciclo do PMAQ-AB.
- As condições da estrutura e dos processos de trabalho para a atenção à saúde bucal disponíveis por ocasião das avaliações externas do 2º ciclo do PMAQ-AB nessa região de saúde.
 - A percepção dos usuários dessa região de saúde quanto aos serviços de saúde bucal, no que se refere ao seu acesso e utilização, disponíveis por ocasião das avaliações externas do 2º ciclo do PMAQ-AB.

2. Descrever os indicadores de saúde bucal propostos no Contrato Organizativo de Ação Pública (pactuação 2013-2015) e os relacionados na etapa de monitoramento do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, das ESB presentes na RRAS.

Estudo 2 - Objetivos Específicos

1. Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas das ESB avaliadas no 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB sobre a capacidade do programa como indutor da ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica no período.

2. Caracterizar os avanços e desafios havidos no período decorrentes da participação no programa, na perspectiva dos cirurgiões-dentistas das ESB avaliadas no 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Campo de Pesquisa

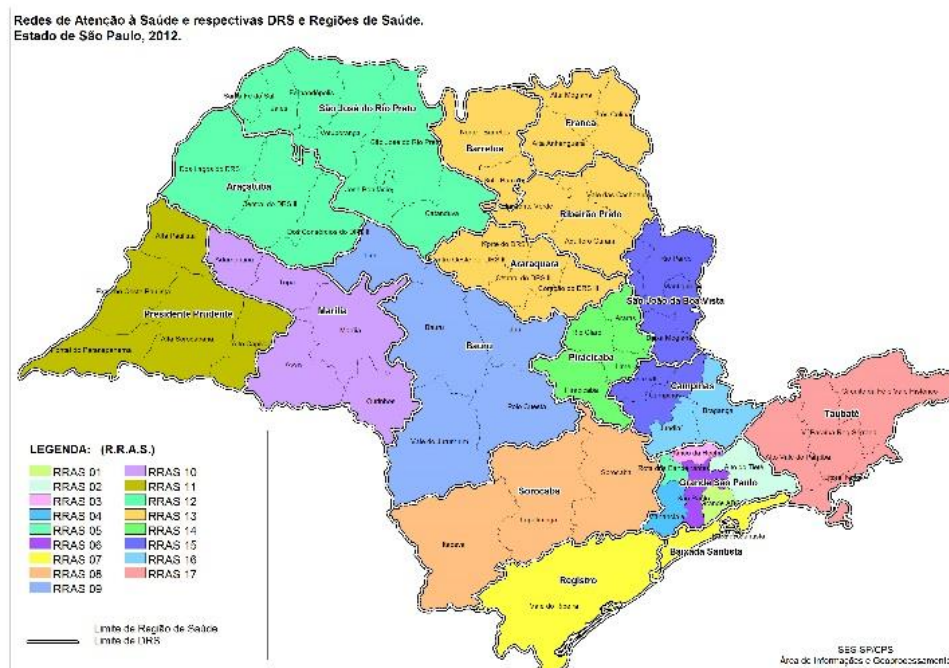
Os Estudos 1 e 2 foram realizados no âmbito de abrangência da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13). De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as RRAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território” (Ministério da Saúde, 2010d p.4). São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a AB e os demais pontos de atenção do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2010d).

No estado de São Paulo, a construção das 17 RRAS tem como finalidade garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população paulista, independentemente do local de residência (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2014).

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz por meio de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2012).

A RRAS 13 é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Barretos (DRS V), localizado na macrorregião Noroeste do estado de São Paulo, de Araraquara (DRS III), de Franca (DRS VIII) e de Ribeirão Preto (DRS XIII), que estão situados na macrorregião Nordeste do estado de São Paulo. Neste conjunto, há 90 municípios agregados em 12 Regiões de Saúde e abrange uma população total de 3.307.320 habitantes (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2014).

Os dados foram aglutinados a partir da lógica de configurar as diferentes regiões de saúde existentes da RRAS 13, não no sentido de tecer comparações entre elas, mas de oferecer uma visão do conjunto da região, resguardando sua singularidade e acreditando serem espaços de articulação com potência para imprimir mudanças necessárias para o fortalecimento da AB e do SUS.

Figura 1 - Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo¹

5.2 Estudo 1

5.2.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, cujo termo, segundo Pereira (2006), tem origem na utilização de áreas geográficas como unidades de análise e, por extensão, generalizou-se para outras situações em que a unidade de investigação é formada por grupos, agregados ou conglomerados. No que se refere à dimensão temporal do estudo, tem delineamento transversal, isto é, envolve coleta de dados em um ponto no tempo e é especialmente apropriado para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo (Pollit et al., 2004).

Os dados foram obtidos a partir de coleta de fontes secundárias. De acordo com Pereira (2006), os dados secundários são aqueles já existentes e reutilizados com um outro propósito, que apresentam a vantagem de estar disponíveis para utilização imediata, o que significa economia de custos e de tempo.

O Estudo 1 contou com dois momentos de coleta: o primeiro momento envolveu a utilização de dados secundários, provenientes do instrumento de coleta

¹ http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/rras/estado_rras_drs_rs_2012_dpi_300.jpg

das avaliações externas do 1º e 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) – Módulos I, II e III do 1º ciclo e Módulos III, V e VI do 2º ciclo, relativos à Saúde Bucal e entrevistas com os usuários. O segundo momento abrangeu os indicadores de atenção básica de saúde bucal propostos no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e os propostos para o monitoramento do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, obtidos por meio de dados secundários disponíveis nos bancos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

5.2.2 Primeiro momento

5.2.2.1 População de estudo

O primeiro momento do Estudo 1 envolveu as equipes de saúde bucal da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), que participaram do 1º e 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

A adesão das ESB no 1º ciclo foi compulsória para todas equipes Saúde Bucal caso a equipe de Atenção Básica com Saúde Bucal participasse, diferentemente do 2º ciclo, em que as Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal tinham a possibilidade de aderir independentemente da participação das ESB. No entanto, estas só poderiam aderir conjuntamente com as Equipes de Atenção Básica.

Nas avaliações externas do 1º ciclo do PMAQ-AB, o módulo I foi aplicado, como censo, a todas as Unidades Básicas de Saúde do Brasil, independente da adesão ao programa (Ministério da Saúde, 2015a).

No estado de São Paulo, o Módulo I foi aplicado em 4.249 unidades de saúde com 6.068 equipes de Atenção Básica (EAB) de 644 dos 645 municípios, sendo a saúde bucal presente em 2.377 unidades, com 3.127 equipes de 553 municípios. Nos 90 municípios da RRAS 13, o módulo I foi aplicado em 487 unidades de saúde com 547 EAB, sendo a saúde bucal presente em 292 unidades de 74 municípios, com 323 equipes de saúde bucal.

Dessas, participaram do 1º ciclo do programa 180 Equipes de Atenção Básica de 166 unidades de saúde, de 56 municípios, sendo selecionadas para este estudo as 111 Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (EABSB), de 109 unidades de saúde, de 40 municípios. No 2º ciclo de avaliações externas do PMAQ-AB houve a participação 314 EAB, de 275 unidades de saúde, de 78 municípios; além de 6

NASF de 6 municípios, sendo selecionadas para este estudo as 169 EABSB, de 156 unidades de saúde, de 46 municípios.

Tabela 1 – Unidades de Saúde, equipes e municípios, com e sem SB, no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB

PMAQ-AB		DRS III		DRS V		DRS VIII		DRS XIII		RRAS 13		SP	
		EAB	SB	EAB	SB	EAB	SB	EAB	SB	EAB	SB	EAB	SB
1º ciclo	Unidades	59	46	27	23	32	15	48	25	166	109	1.419	692
	Equipes	64	46	28	23	32	15	56	27	180	111	2.285	1.222
	Municípios	18	13	9	9	12	7	17	11	56	40	413	333
2º ciclo	Unidades	91	53	44	37	66	30	74	36	275	156	2.188	1.369
	Equipes	101	55	54	44	66	30	93	40	314	169	3.523	1.673
	Municípios	21	13	14	11	21	12	22	10	78	46	526	383
Censo	Unidades	152	107	75	49	107	41	153	95	487	292	4.249	2.377
	Equipes	152	116	86	57	107	41	202	109	547	323	6.068	3.127
	Municípios	24	22	18	14	22	17	26	21	90	74	644	553

Tabela 2 – Proporção de Unidades de Saúde e equipes de saúde bucal do estudo em relação ao total existente na RRAS 13 e estado de São Paulo, identificadas no censo 1º ciclo do PMAQ.

PMAQ-AB		DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII	RRAS 13	SP
1º ciclo	Unidades (109)	43,0%	46,9%	36,6%	26,3%	37,3%	4,6%
	Equipes (111)	39,7%	40,4%	36,6%	24,8%	34,4%	3,5%
	Municípios (40)	59,1%	64,3%	41,2%	52,4%	54,1%	7,2%
2º ciclo	Unidades (156)	49,5%	75,5%	73,2%	37,9%	53,4%	6,6%
	Equipes (169)	47,4%	77,2%	73,2%	36,7%	52,3%	5,4%
	Municípios (46)	59,0%	78,6%	70,6%	47,6%	62,2%	8,3%

5.2.2.2 Coleta de dados e instrumentos

Avaliações externas das ESB, no âmbito da RRAS 13 - 1º e 2º ciclo

A Avaliação Externa constitui-se em uma fase do PMAQ-AB na qual se realiza um conjunto de ações com o objetivo de averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes. O processo de avaliação externa é conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa (IEP), mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos para verificação

de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão, por um grupo de avaliadores da qualidade (Ministério da Saúde, 2013a).

O instrumento de avaliação externa do 1º ciclo foi organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta dos dados:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, que objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis na Unidade Básica de Saúde;

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter dados sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. Quando houver na equipe de saúde bucal, o profissional de saúde bucal é responsável por responder às questões referentes ao tema;

Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Foram entrevistados quatro usuários por equipe de saúde, selecionados de acordo com os critérios: maioria, ter realizado pelo menos um atendimento na unidade nos últimos 12 meses e não ter passado por consulta antes da entrevista;

Módulo IV - consiste da consulta online de questões complementares aos módulos anteriores, que deverão ser respondidas pelos gestores ou pelos trabalhadores (a depender da atribuição) na plataforma eletrônica do programa.

Algumas alterações foram realizadas do 1º para o 2º ciclo, como a singularização da adesão das ESB e ampliação para os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviços Centro de Especialidades Odontológicas. Assim também, o instrumento sofreu modificações: a parte referente a equipe de saúde bucal foi avaliada em módulo separado da EAB e foram incluídos módulos para as avaliações de equipes NASF e Centros de Especialidades Odontológicas:

Módulo IV - Entrevista com o profissional da equipe NASF e verificação de documentos.

Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde sobre as instalações das equipes de Saúde Bucal, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos.

Módulo VI - Entrevista com o profissional da ESB e verificação de documentos existentes na Unidade Básica de Saúde.

Os critérios metodológicos para a aplicação dos módulos estão definidos nos manuais e recomendações disponibilizados pelo MS (Ministério da Saúde, 2012d, 2013c, 2013d).

Neste estudo foi realizada a descrição dos dados secundários pertencentes ao banco do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB, disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica/MS², do 1º ciclo, cuja coleta foi realizada em 2012 e do 2º ciclo, realizada em 2014. Dadas as diferenças entre os questionários do 1º e 2º ciclos, as subdimensões selecionadas estão apresentadas separadamente abaixo (Quadros 1 e 2) e as respectivas variáveis descritas no Anexo A.

O critério de seleção das variáveis considerou a pertinência para o tema em estudo. Do 1º ciclo, foram analisadas 103 variáveis:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, quando a unidade de saúde possuir profissionais de saúde bucal: das 497 variáveis, foram analisadas 17 de 109 unidades de saúde com equipes de saúde bucal participantes;

Módulo II – Entrevista com Profissional da equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, quando o bloco de questões de saúde bucal estivesse preenchido: das 849, foram analisadas 67 variáveis de 111 EABSB participantes;

Módulo III – entrevista na unidade de saúde com usuário, quando o usuário havia conseguido marcar atendimento com o dentista: das 856, foram analisadas 19 variáveis de 211 dos 717 usuários entrevistados.

Do 2º ciclo, foram analisadas 312 variáveis:

Módulos V - Observação na Unidade Básica de Saúde sobre as instalações das equipes de Saúde Bucal: das 217, foram analisadas 93 variáveis de 156 unidades de saúde com ESB participantes;

Módulo VI - Entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal e verificação de documentos existentes na Unidade Básica de Saúde, quando a ESB tiver aderido ao PMAQ-AB: das 230, foram analisadas 168 variáveis de 169 ESB participantes;

² http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados

Módulo III - entrevista na unidade de saúde com usuário, quando o usuário havia conseguido marcar atendimento com o dentista: das 319, foram analisadas 51 variáveis de 365 dos 1.271 usuários entrevistados.

Tanto para o 1º quanto para o 2º ciclo, os dados das entrevistas com os usuários limitaram-se àqueles que conseguiram marcar atendimento com o dentista na própria unidade de saúde.

Os dados foram processados em planilha do Excel por DRS e RRAS, analisados por meio de estatística descritiva. Para tais análises, foi utilizado o software STATA® (versão 9.1).

Quadro 1 - Módulos e Subdimensões da Avaliação Externa – 1º ciclo

MÓDULO	SUBDIMENSÃO
I	Horário de funcionamento da unidade de saúde Equipamentos e materiais de odontologia Insumos para atenção odontológica
II	Modalidade e profissionais que compõe a equipe de atenção básica Apoio Matricial à equipe de atenção básica Acolhimento à demanda espontânea Organização da agenda Atenção ao pré-natal, parto e puerpério Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio Atenção à saúde bucal Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária Programa Saúde na Escola
III	Identificação do Usuário Saúde Bucal

Quadro 2 - Módulos e Subdimensões da Avaliação Externa – 2º ciclo

MÓDULO	SUBDIMENSÃO
V	Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Saúde Bucal Características Estruturais e Ambiente Horário de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal Equipamentos Instrumentais odontológicos Insumos
VI	Formação e qualificação dos profissionais da equipe de Saúde Bucal Vínculo Plano de carreira Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe Apoio institucional da gestão municipal para as Equipes de Saúde Bucal Reunião da equipe Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal Organização dos prontuários na unidade de saúde Organização da agenda Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal Atenção ao câncer de boca Atenção ao pré-natal Atenção à criança de até 5 (cinco) anos de idade Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio Saúde bucal: acesso à prótese dentária Programa Saúde na Escola
III	Identificação do usuário Acesso aos serviços de saúde (bucal) Marcação de Consulta(s) com o dentista Acolhimento à demanda espontânea Atenção Integral à Saúde Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado Prótese Dentária Satisfação do Usuário

5.2.3 Segundo momento

5.2.3.1 População de estudo

Para o cálculo dos indicadores de saúde bucal propostos no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB e no COAP, foi considerado o conjunto da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), independente da participação no programa, por meio de dados disponíveis nos bancos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

5.2.3.2 Coleta de dados e instrumentos - Descrição dos indicadores de Saúde Bucal da RRAS 13

Com a expansão e regionalização dos serviços de saúde bucal no país, os sistemas de informação em saúde se tornaram relevantes para a construção e análise de indicadores de saúde bucal. Neste estudo, os indicadores foram obtidos em 2017 por meio de dados secundários, no período compreendido entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014, correspondendo ao 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB.

Os indicadores de saúde bucal propostos no COAP, bem como os valores absolutos, foram obtidos nos bancos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no link “Acesso à Informação – Informações de Saúde (TABNET) – Indicadores de Saúde e Pactuações – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 – Edição 2015”, que disponibiliza o conjunto de indicadores por ano e Região de Saúde.

Os indicadores propostos pelo PMAQ-AB foram calculados a partir dos dados coletados dos bancos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no link “Acesso à Informação – Informações de Saúde (TABNET) – Assistência à Saúde - Atenção Básica - Saúde da Família - desde 1998 a 2015 - PMA Complementar”, cujos dados estão disponíveis a partir de 2011 e “Cadastramento Familiar”, do qual foram considerados os dados do mês de dezembro dos anos analisados para a “População Cadastrada no mesmo local e período”.

Os dados foram organizados em planilhas de Excel e analisados por meio da estatística descritiva, apresentando os indicadores e valores absolutos da RRAS 13 e de cada DRS separadamente. Pretende-se, com o uso desses indicadores, oferecer outros elementos a respeito das ações de saúde bucal e suas consequências na região, contextualizando as informações obtidas a partir das avaliações externas do PMAQ-AB, de forma que ofereçam subsídios para o planejamento e tomada de decisões nesses espaços de articulação, dada sua potência para imprimir mudanças necessárias para o fortalecimento da AB e do SUS.

A descrição dos indicadores e o método de cálculo estão apresentados abaixo:

Indicadores propostos no Caderno de Diretrizes para pactuação 2013-2015 (Ministério da Saúde, 2013b):

1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (universal): mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.

2. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (universal): reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.

3. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (específico): quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela saúde bucal do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

De acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas 2013-2015 (Ministério da Saúde, 2013b), os indicadores universais são aqueles que expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Já os indicadores específicos são os que expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), de pactuação obrigatória somente quando forem observadas as especificidades no território.

Quadro 3 - Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal COAP.

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	$\frac{(\text{Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas}/40) * 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Numerador: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes da Saúde Bucal, de profissionais, especialidade, carga horária Departamento de Atenção Básica (DAB) <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Denominador: IBGE – População 3.000*</p> <p>* O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (Portaria nº 2.488/11).</p>
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses} / 12}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1). Denominador: IBGE – População</p>
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	$\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). Numerador: Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE). Denominador: Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso à polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuração radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem coronorradicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosseção/Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 2013b

Indicadores de Monitoramento propostos no PMAQ-AB (Ministério da Saúde, 2012e)

1. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada: cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período. Este indicador estima a proporção pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Esse indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção, promoção e autocuidado realizadas pelas equipes de saúde bucal, subsidiando processos de gestão e avaliação de políticas de saúde bucal.

2. Cobertura de primeira consulta odontológica programática: proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica com acesso a tratamento odontológico. Reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. As primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado e não devem ser considerados para cálculo desse indicador os atendimentos eventuais. Este indicador pode contribuir para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

3. Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante: proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso a atendimento odontológico. Este indicador expressa a cobertura de gestantes com acompanhamento odontológico em relação às cadastradas pela equipe, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante.

4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas: relação entre Tratamentos Concluídos e as Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas. Este indicador mede a relação entre tratamentos

concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 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.

5. Média de instalações de próteses dentárias: compreende o registro do número de instalações de próteses dentárias, sejam elas próteses totais, parciais removíveis ou fixas, realizadas pelo cirurgião dentista, sobre o número estimado de pessoas que necessitam de prótese entre as cadastradas.

6. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante: 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.

7. Taxa de incidência de alterações da mucosa oral: expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pela equipe de saúde bucal na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica.

Quadro 4 - Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal PMAQ-AB.

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>
Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante	$\frac{\text{Número de gestantes atendidas em primeira consulta pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB</p>
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{\text{Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal no mesmo local e período}}$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB.</p>
Média de instalações de próteses dentárias	$\frac{\text{Número de instalações de próteses dentárias realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período} \times 0,03^*}$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB *Segundo dados do SB Brasil 2010, estima-se que pelo menos 3% da população necessita de prótese total em ao menos um maxilar.</p>
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	$\frac{\text{Número de atendimentos de urgência realizados pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}}$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>
Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	$\frac{\text{Número de diagnósticos de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 1000$ <p>Fonte Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 2012e.

5.3 Estudo 2

5.3.1 Natureza do estudo

De acordo com as orientações de Collis e Hussey (2005), este estudo pode ser classificado como de natureza aplicada, porque busca resolver uma questão prática. Para os autores, o método qualitativo “envolve examinar e refletir as percepções para obter um entendimento de atividades sociais e humanas”, sendo o método quantitativo “focado na mensuração de fenômenos”, ambos presentes, dado que as percepções dos respondentes ao questionário são transformadas em valores e examinadas estatisticamente.

Trata-se de um estudo tipo *survey*, transversal, cujo instrumento de pesquisa foi um questionário aplicado, via correio, aos cirurgiões dentistas que integram as ESB da região em estudo e que tenham participado do 1º e/ou 2º ciclo de avaliação do PMAQ-AB.

De acordo com Freitas et al. (2000), a pesquisa *survey* se caracteriza pela obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, por meio de um instrumento de pesquisa. Para Forza (2002), estudos *survey* objetivam contribuir para o conhecimento geral de uma área de interesse, envolvendo a coleta de informações sobre indivíduos ou sobre os ambientes destes indivíduos, realizada por meio de questionários ou de entrevistas com um grande número de indivíduos, sem interferência dos pesquisadores.

Em relação ao seu propósito, esse estudo pode ser classificado como descritivo, que se caracteriza por buscar identificar situações, eventos, atitudes ou opiniões manifestos em uma população; descreve a distribuição de algum fenômeno na população ou entre os subgrupos da população ou ainda faz uma comparação entre essas distribuições. Em relação ao momento, caracteriza-se por delineamento transversal, que a coleta ocorre em um só momento, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento (Freitas et al., 2000).

Dessa forma, os dados do Estudo 2 foram obtidos a partir de coleta de fontes primárias, que, conforme Pereira (2006), são aqueles coletados especificamente para o propósito do estudo e viabilizam a melhor padronização da informação.

Segundo Gouveia (1995), a técnica de levantamento de dados pelo correio apresenta vantagens como economia de tempo e dinheiro, possibilidade de padronização das perguntas, assegurando uniformidade das respostas e alcance de maior número de pessoas ao mesmo tempo e atingir uma área geográfica mais ampla. No entanto apresenta como desvantagem a baixa taxa de resposta, variando em torno de 12 a 25%. Faleiros et al. (2016) afirmam que o uso de questionário impresso ou virtual não mostram diferença em relação aos resultados coletados, sendo que o último pode criar um viés na amostra ao privilegiar sujeitos com maiores níveis de instrução

Embora a literatura aponte um baixo retorno de respostas frente a essa opção de coleta, a pesquisadora alimentou uma expectativa de que fosse satisfatório pelo fato de que já visitou pessoalmente essas equipes por ocasião do 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, na qualidade de supervisora de campo, e, em especial, das equipes de saúde bucal, devido à sua formação em odontologia. Dessa forma, foi utilizado como recurso de incentivo ao preenchimento e envio dos questionários preenchidos, contatos telefônicos pessoais da pesquisadora.

5.3.2 População de estudo

Para identificar a capacidade do PMAQ-AB como indutor da ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica no período, bem como os avanços e desafios havidos na perspectiva dos cirurgiões-dentistas integrantes das equipes de saúde bucal avaliadas, foram convidados a participar do estudo os cirurgiões-dentistas, de ambos os sexos, das ESB da RRAS 13 participantes do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB.

A identificação dos cirurgiões-dentistas das equipes participantes do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB foi realizada a partir do banco de dados das Avaliações Externas (primeiro momento). No 1º ciclo do PMAQ-AB, participaram 111 Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal da RRAS 13; no 2º ciclo foram 169. No total, 99 ESB de 35 municípios participaram do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, 12 ESB de 8 municípios participaram apenas do 1º ciclo e 70 ESB de 26 municípios apenas do 2º ciclo. Sendo assim, 181 ESB de 49 municípios participaram do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB na RRAS 13.

Foi adotado como critério de exclusão os cirurgiões-dentistas que, por algum motivo, não tivessem participado de nenhum dos dois ciclos de Avaliação Externa ou que não estivessem exercendo suas atividades nas unidades de saúde no momento da pesquisa.

5.3.3 Coleta de dados e instrumentos - A percepção dos cirurgiões-dentistas das ESB em relação à participação no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB

Os dados do estudo 2 foram coletados por meio da aplicação de questionários aos cirurgiões dentistas elegíveis.

Na ausência de outros estudos assemelhados que adotassem instrumentos de coleta de dados para utilização no presente trabalho, o questionário foi elaborado pela pesquisadora deste estudo e enviado aos participantes da pesquisa. O questionário enfocou aspectos gerais do trabalho das equipes, sem se voltar às especificidades clínicas individuais.

O instrumento, composto de duas partes, na Parte 1 caracteriza os participantes, valendo-se de questões fechadas, abertas e semiabertas (Apêndice A). Na Parte 2 adota a escala *Likert* de 5 pontos, buscando identificar mudanças ocorridas no processo de trabalho destas ESB decorrentes da participação no PMAQ-AB, na perspectiva dos cirurgiões-dentistas das equipes participantes. As assertivas foram graduadas em concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo totalmente e discordo parcialmente (Apêndice B).

A escala de *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários de pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário com esta escala, os indivíduos da pesquisa assinalam seu nível de concordância ou discordância para uma determinada afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert em 1932 (Likert, 1932).

É de grande aplicação em diversas áreas, porque, além de ser confiável, é simples de construir e permite obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes. As principais vantagens das escalas *Likert* são: a simplicidade de construção; o uso de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, permitindo a inclusão de qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado final e ainda, a amplitude de respostas permitidas

apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação. Como desvantagem, por ser uma escala essencialmente ordinal, não permite dizer quanto um respondente é mais favorável a outro, nem mede o quanto de mudança ocorre na atitude após expor os respondentes a determinados eventos (Mattar, 2001).

O questionário foi construído abordando as subdimensões propostas no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB e a partir da experiência das pesquisadoras, em um total de 39 afirmações.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de verificar a adequação, bem como a viabilidade de coleta. Para isto, foram selecionados aleatoriamente cinco cirurgiões-dentistas de ESB do Estado de São Paulo não pertencentes a RRAS 13, e que participaram do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB. Após a análise dos cinco questionários, foram realizados os ajustes necessários, no sentido de facilitar a compreensão dos participantes. De forma geral, foram sugeridas alterações na redação e inclusão da questão referente ao esclarecimento sobre o programa (Q4).

Após a adequação do roteiro, foram realizados contatos com os Departamentos Regionais de Saúde, solicitando a autorização para apresentação do projeto nas reuniões da câmara técnica das CIR. O projeto foi apresentado nas reuniões de 9 Regiões de Saúde: Central do DRS III, Centro-Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Coração do DRS III, Norte Barretos, Sul-Barretos, Três Colinas, Alta Anhanguera, Alta Mogiana, sendo a aprovação registrada em ata. Foi solicitada a autorização para os gestores presentes de cada município; para os ausentes, o termo de autorização foi enviado após contato telefônico/e-mail (Apêndice C). Dois municípios possuíam normas específicas para realização de pesquisas, que foram acatadas para obter a autorização.

Não foi autorizada a apresentação nas reuniões das Câmaras Técnicas das CIR do DRS XIII – Ribeirão Preto. Dessa forma, foram realizados contatos telefônicos/e-mail para os gestores dos 11 municípios participantes da CIR Aquífero Guarani, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras.

Cabe ressaltar que o apoio dos DRS, bem como dos gestores e interlocutores da saúde bucal dos municípios foi fundamental para o desenvolvimento do projeto.

Após a aprovação do gestor municipal, foi enviado o convite aos participantes, com a apresentação da pesquisa, explicação dos objetivos e fornecimento de

informações importantes a respeito de sua participação, contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Após aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo, foi solicitado que respondessem o questionário autoaplicável, enviado por correio. Para o retorno dos questionários preenchidos, foram enviados aos pesquisados um envelope selado e endereçado à pesquisadora. Foi estipulado um prazo de 30 dias para o retorno dos questionários preenchidos.

Devido aos trâmites necessários, o processo de coleta (envio e recebimento dos questionários) foi realizado no período de 01 de fevereiro a 01 setembro de 2016.

A primeira parte do questionário foi analisada por estatística descritiva, que tem como objetivo sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores. Na segunda parte foi realizada a análise de correspondência para os dados. O objetivo da análise de correspondência é representar os dados em um espaço de dimensão menor, de forma que seja mais fácil identificar aspectos-chave dos dados. O gráfico apresenta dois conjuntos de pontos: um conjunto de I pontos correspondendo as linhas e um conjunto de J pontos correspondendo as colunas. As posições dos pontos refletem as associações. Os pontos linha que estão próximos entre si indicam linhas que têm perfis similares ao longo da coluna e vice-versa. Os pontos linha que estão próximos dos pontos coluna representam combinações que ocorrem mais frequentemente do que seria esperado de um modelo de independência (Mingoti, 2005).

5.4 Aspectos éticos

Para realização deste estudo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (parecer nº 1.332.686 de 23 de novembro de 2015; CAEE 47995115.7.0000.5440), em obediência as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012) (Anexo B).

Para a utilização dos dados secundários das avaliações externas no PMAQ-AB, disponíveis no banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) e indicadores de atenção básica à saúde bucal, disponíveis nos bancos de dados do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Secretaria do

Estado de Saúde de São Paulo (SES), foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice E).

No segundo momento, a aplicação de questionários envolve a concordância dos sujeitos registrada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). Foi solicitada, ainda, a autorização dos gestores municipais, individualmente ou por meio dos espaços das CIR (Apêndice C).

6 RESULTADOS

6.1 Estudo 1

6.1.1 Primeiro momento

Avaliações Externas das ESB no âmbito da RRAS 13, que participaram do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB.

6.1.1.1 Avaliações Externas do 1º ciclo do PMAQ-AB

Módulo I

O Módulo I, referente à Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.

Os resultados mostram que as unidades de saúde deste estudo (n=109) funcionavam, em sua maioria, nos turnos manhã e tarde (88%), durante cinco dias da semana (99%). A maior parte dos consultórios odontológicos apresentava disponibilidade dos equipamentos relacionados no PMAQ-AB para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção do item autoclave exclusiva para odontologia, que, de forma geral, não era disponível em 54% unidades. A maioria possuía os insumos listados em quantidade suficiente, exceto selantes, que não eram suficientes para 20%. No DRS XIII, a quantidade de anestésicos e cimentos diversos não era suficiente em, respectivamente, 28% e 24% das suas unidades. (Tabela 3).

Tabela 3 - Horário de funcionamento, equipamentos, materiais e insumos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Horário de funcionamento da unidade de saúde					
Quais os turnos de atendimento?					
Manhã	0	0	0	1 (4%)	1 (0,9%)
Manhã e tarde	42 (91,3%)	22 (95,6%)	13 (86,7%)	19 (76%)	96 (88,1%)
Manhã, tarde e noite	4 (8,7%)	1 (4,4%)	2 (13,3%)	5 (20%)	12 (11%)
Esta unidade funciona quantos dias na semana? *					
5 dias	44 (97,8%)	20 (100%)	11 (100%)	25 (100%)	100 (99%)
7 dias	1 (2,2%)	0	0	0	1 (1%)
Equipamentos e materiais de odontologia					
A equipe possui em condições de uso:					
Amalgamador	44 (95,6%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	107 (98,2%)
Cadeira odontológica	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)
Compressor de ar com válvula de segurança	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)
Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	44 (95,6%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	107 (98,2%)
Fotopolimerizador	45 (97,8%)	23 (100%)	14 (93,3%)	25 (100%)	107 (98,2%)
Mocho odontológico	45 (97,8%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	108 (99,1%)
Refletor	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	25 (100%)	109 (100%)
Unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador	44 (95,6%)	23 (100%)	14 (93,3%)	25 (100%)	106 (97,2%)
Autoclave para odontologia	20 (43,5%)	16 (69,6%)	9 (60%)	14 (56%)	59 (54,1%)
Insumos para a atenção odontológica					
A equipe possui em quantidade suficiente:					
Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	34 (73,9%)	19 (82,6%)	14 (93,3%)	19 (76%)	86 (78,9%)
Cimentos diversos	41 (89,1%)	23 (100%)	15 (100%)	19 (76%)	98 (89,9%)
Fios de sutura odontológica	41 (89,1%)	23 (100%)	15 (100%)	22 (88%)	101 (92,7%)
Selantes	38 (82,6%)	20 (86,9%)	14 (93,3%)	15 (60%)	87 (79,8%)
Anestésicos	44 (95,6%)	23 (100%)	15 (100%)	18 (72%)	100 (91,7%)
Resinas fotopolimerizáveis	40 (86,9%)	23 (100%)	15 (100%)	23 (92%)	101 (92,7%)

* Análise considerando apenas as unidades que responderam à questão

Módulo II

O Módulo II, referente à entrevista com o profissional da equipe e verificação de documentos, objetiva averiguar as ações para a qualificação dos profissionais, assim como obter dados sobre o processo de trabalho e a organização do serviço, e do cuidado para os usuários.

As variáveis das subdimensões apresentadas na Tabela 4 foram respondidas por um membro da EAB, diferentemente das variáveis das Tabelas 5 e 6, que foram respondidas por um membro da ESB.

Os resultados da subdimensão “Modalidade e profissionais que compõe a equipe de atenção básica” mostram que, das 111 equipes participantes, 109 eram Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (apenas 2 eram unidades parametrizadas). Em relação à conformação das equipes, observa-se predomínio de ESB modalidade I em todos os DRS (84%), enquanto apenas 2 eram modalidade II (2%). Os resultados mostram ainda que 8 ESB eram formadas por CD e TSB (7%),

além de outras 7 equipes do DRS III (15%) e 1 equipe (4%) do DRS XIII compostas apenas por cirurgiões-dentistas (Tabela 4).

Na subdimensão “Apoio Matricial à equipe de atenção básica”, 91% das EAB afirmaram receber apoio de outros profissionais de pelo menos uma especialidade odontológica. A subdimensão “Acolhimento à demanda espontânea” mostra que o acolhimento estava implantado em 106 (95%) EAB, sendo que em 91 (86%) destas era possível marcar pacientes na agenda do cirurgião-dentista e apenas 58% das equipes contavam com a participação de algum integrante da ESB, sendo que no DRS VIII essa participação foi em apenas 8% das 26 equipes com acolhimento implantado (Tabela 4).

Na subdimensão “Organização da agenda”, 67% das EAB afirmaram possuir agenda compartilhada, sendo que destas, 74% (n = 56) são utilizadas em conjunto com a ESB. Na subdimensão “Atenção ao pré-natal, parto e puerpério”, apenas uma (7%) das equipes do DRS VIII registrava a consulta odontológica da gestante, chegando até 52% das equipes do DRS III. Na subdimensão “Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio”, a participação da ESB também foi pouca (74%), sendo que no DRS XIII apenas 30% dos ASB ou TSB realizavam o cuidado domiciliar (Tabela 4).

A subdimensão “Programa Saúde na Escola” mostra que cerca de 74% das EAB afirmaram realizar atividades na escola, sendo que 55% das equipes do DRS VIII realizavam avaliação clínica de saúde bucal (Tabela 4).

Tabela 4 - Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica					
Qual tipo desta equipe?					
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal	45 (97,8%)	22 (95,6%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,2%)
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	1 (2,2%)	1 (4,3%)	0	0	2 (1,8%)
Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica					
CD	7 (15,2%)	0	0	1 (3,7%)	8 (7,2%)
CD+ASB	36 (78,3%)	21 (91,4%)	11 (73,3%)	25 (95,6%)	93 (83,8%)
CD+ASB+TSB	0	1 (4,3%)	0	1 (3,7%)	2 (1,8%)
CD+TSB	3 (6,5%)	1 (4,3%)	4 (26,7%)	0	8 (7,2%)
Apoio matricial à equipe de atenção básica					
A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais*					
Periodontista	44 (95,6%)	18 (78,3%)	15 (100%)	24 (88,9%)	101 (90,9%)
Endodontista	21 (47,7%)	11 (61,1%)	12 (80%)	15 (62,5%)	59 (58,4%)
Protesista	21 (47,7%)	11 (61,1%)	14 (93,3%)	17 (70,8%)	63 (62,4%)
Estomatologista	18 (40,9%)	10 (55,6%)	14 (93,3%)	16 (66,7%)	58 (57,4%)
Outras especialidades odontológicas	12 (27,3%)	11 (61,1%)	7 (46,7%)	10 (41,7%)	40 (36,6%)
As equipes matriciadas recebem apoio de alguma especialidade odontológica	17 (38,6%)	4 (22,2%)	0	1 (4,2%)	22 (21,8%)
	44 (100%)	18 (100%)	15 (100%)	24 (100%)	101 (100%)
Acolhimento à demanda espontânea					
Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?*					
	46 (100%)	22 (95,6%)	12 (80%)	26 (96,3%)	106 (95,5%)
Quais profissionais participam do acolhimento?					
Cirurgião-dentista	27 (58,7%)	16 (72,7%)	1 (8,3%)	13 (50%)	57 (53,8%)
ASB e/ou TSB	26 (56,5%)	13 (59,1%)	1 (8,3%)	15 (57,7%)	55 (51,8%)
Algum integrante da equipe de saúde bucal participa do acolhimento	28 (60,9%)	17 (77,3%)	1 (8,3%)	16 (61,5%)	62 (58,5%)
Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: Marca usuários na agenda do dentista					
	34 (73,9%)	20 (90,9%)	12 (100%)	25 (96,1%)	91 (85,8%)
Organização da agenda					
A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe?*					
	29 (63,1%)	20 (86,9%)	13 (86,7%)	13 (48,2%)	75 (67,6%)
Indique os profissionais que utilizam agenda compartilhada: CD, ASB e/ou TSB					
	22 (75,9%)	16 (80%)	9 (69,2%)	9 (69,2%)	56 (74,7%)
Atenção ao pré-natal, parto e puerpério					
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Consulta odontológica da gestante					
	24 (52,2%)	5 (21,7%)	1 (6,7%)	9 (33,3%)	39 (35,1%)
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio					
A equipe realiza visita domiciliar?*					
	46 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	111 (100%)
Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?					
Cirurgião-dentista	39 (84,8%)	17 (73,9%)	10 (66,7%)	15 (55,6%)	81 (72,9%)
Técnico/auxiliar de saúde bucal	32 (69,6%)	11 (47,8%)	9 (60%)	8 (29,63%)	60 (54,1%)
Algum profissional da equipe de saúde bucal?	39 (84,8%)	17 (73,9%)	11 (73,3%)	15 (55,6%)	82 (73,9%)
Programa Saúde na Escola					
A equipe realiza atividades na escola?*					
	37 (80,4%)	14 (60,9%)	11 (73,3%)	20 (74,1%)	82 (73,9%)
Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza? Avaliação de saúde bucal					
	27 (72,9%)	14 (100%)	6 (54,5%)	16 (80%)	63 (76,8%)

* Questões critério para abertura do bloco

Os resultados da subdimensão “Atenção à saúde bucal” mostram que o agendamento das consultas em saúde bucal era realizado sem restrição de dia ou horário em 70% das ESB, chegando a 83% no DRS V. A maior parte das equipes afirmou garantir agenda para continuidade do tratamento (94%), sendo 100% das equipes dos DRS VIII e XIII. Assim também, 95% afirmaram realizar avaliação de

risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento, com oferta definida a partir do risco identificado (92%) (Tabela 5).

A maior parte das equipes de saúde bucal (94%) afirmaram existir acolhimento específico à demanda espontânea para a saúde bucal, realizado por profissionais dessa área, sendo que 41% utilizam um protocolo específico (Tabela 5).

Apesar da maioria das ESB ter afirmado realizar campanhas e encaminhamento de casos suspeitos de câncer de boca (96%), afirmar a existência de protocolo que define fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca (76%) e possuir referência para estomatologista (71%), apenas 50% comprovaram registrar e acompanhar os casos. Chama a atenção também que 21% das equipes do DRS III afirmaram que não houve encaminhamento (Tabelas 5 e 6).

Em contrapartida, a maior parte das equipes (89%) realizavam todos procedimentos clínicos listados no PMAQ-AB (Tabela 5).

Tabela 5 - Processo de trabalho em Saúde Bucal das equipes de Atenção Básica dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Atenção à saúde bucal					
Como são agendadas as consultas em saúde bucal?					
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	31 (67,4%)	19 (82,6%)	10 (66,7%)	18 (66,7%)	78 (70,3%)
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos	6 (13,1%)	2 (8,7%)	3 (20%)	5 (18,5%)	16 (14,4%)
Dias específicos fixos em até três dias na semana	1 (2,2%)	1 (4,3%)	2 (13,3%)	1 (3,7%)	5 (4,5%)
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	1 (2,2%)	0	0	0	1 (0,9%)
Outro(s)	7 (15,2%)	1 (4,3%)	0	3 (11,1%)	11 (9,9%)
A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como:					
Aplicação de selante	43 (93,5%)	23 (100%)	13 (86,7%)	25 (92,6%)	104 (93,7%)
Aplicação tópica de flúor	43 (93,5%)	23 (100%)	14 (93,3%)	27 (100%)	107 (96,4%)
Restauração de amálgama	43 (93,5%)	23 (100%)	14 (93,3%)	27 (100%)	107 (96,4%)
Restauração de resina composta	44 (95,6%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,2%)
Exodontia	45 (97,8%)	23 (100%)	15 (100%)	27 (100%)	110 (99,1%)
Selamento provisório de cavidade dentária	45 (97,8%)	23 (100%)	14 (93,3%)	27 (100%)	109 (98,2%)
Curativo de demora (saneamento dentário)	44 (95,6%)	23 (100%)	15 (100%)	26 (96,3%)	108 (97,3%)
Drenagem de abscesso dentoalveolar	45 (97,8%)	22 (95,6%)	15 (100%)	27 (100%)	109 (98,2%)
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais	45 (97,8%)	23 (100%)	14 (93,3%)	26 (96,3%)	108 (97,3%)
<i>A equipe realiza todos os procedimentos relacionados no PMAQ?</i>	41 (89,1%)	22 (95,6%)	12 (80%)	24 (88,9%)	99 (89,18%)
Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?	43 (93,5%)	23 (100%)	12 (80%)	26 (96,3%)	104 (93,69%)
O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?	44 (95,6%)	22 (95,6%)	13 (86,7%)	26 (96,3%)	105 (94,59%)
A oferta é definida em função do risco identificado?	42 (91,3%)	22 (95,6%)	15 (100%)	23 (85,2%)	102 (91,89%)
A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?*	23 (50%)	16 (69,6%)	4 (26,7%)	3 (11,1%)	46 (41,4%)
A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento?*	42 (91,3%)	20 (86,9%)	15 (100%)	27 (100%)	104 (93,7%)
A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?	45 (97,8%)	21 (91,3%)	14 (93,3%)	27 (100%)	107 (96,4%)
A equipe comprova que registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?*	24 (52,2%)	13 (56,5%)	5 (33,3%)	14 (51,8%)	56 (50,4%)

*Análise considerando apenas as afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

**Análise considerando apenas as equipes que afirmaram registrar e acompanhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca

Os resultados da subdimensão “Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária” mostram que o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) existia como referência para 73% das ESB. No entanto, apenas três equipes, sendo uma do DRS XIII e duas do DRS VIII responderam não ter referência para nenhuma especialidade odontológica (Tabela 6).

A maior parte das ESB (73%) possuía referência para quatro a seis especialidades odontológicas e 78% responderam existir protocolo que define fluxo para referência e contra referência para o serviço especializado. Poucas responderam ter referência para ortodontia e implantodontia, sendo este último, referência apenas para 9 equipes do DRS III (Tabela 6).

A realização de próteses dentárias continuava como referência para maior parte das ESB (73%), sendo que 71% afirmaram existir protocolo que define fluxo para solicitação de próteses a partir da unidade de saúde. Apenas 5% das ESB realizavam moldagem de prótese na unidade de saúde e cerca de 11% realizam a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário. Menos da metade das equipes responderam existir laboratório de prótese no município, sendo que destes, apenas 13% realizam prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa (Tabela 6).

Tabela 6 - Referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária das ESB dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária					
Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?	37 (80,4%)	13 (56,5%)	10 (66,7%)	21 (77,8%)	81 (72,9%)
Número de especialidades odontológicas referência					
0	0	0	2 (13,3%)	1 (3,7%)	3 (2,7%)
1 a 2	3 (6,5%)	2 (8,7%)	1 (6,7%)	2 (7,4%)	8 (7,2%)
3	2 (4,3%)	3 (13,1%)	3 (20%)	2 (7,4%)	10 (9,1%)
4 a 6	38 (82,6%)	15 (65,2%)	9 (60%)	19 (70,4%)	81 (72,9%)
7 ou mais	3 (6,5%)	3 (13,1%)	0	3 (11,1%)	9 (8,1%)
O município possui referência para endodontista	45 (97,8%)	23 (100%)	14 (93,3%)	26 (96,3%)	108 (97,3%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	1 (3,1%)	9 (40,9%)	9 (64,3%)	2 (7,7%)	21 (22,3%)
16 a 30 dias	11 (34,4%)	10 (45,4%)	0	11 (42,3%)	32 (34,1%)
31 a 90 dias	12 (37,5%)	2 (9,1%)	0	5 (19,2%)	19 (20,2%)
91 a 364 dias	1 (3,1%)	1 (4,5%)	3 (21,4%)	7 (26,9%)	12 (12,8%)
365 ou mais	4 (12,5%)	0	1 (7,1%)	1 (3,8%)	6 (6,4%)
Não houve encaminhamento	3 (9,4%)	0	1 (7,1%)	0	4 (4,3%)
O município possui referência para periodontista	44 (95,6%)	16 (69,6%)	13 (86,7%)	25 (92,6%)	98 (88,3%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	8 (22,9%)	6 (37,5%)	6 (46,1%)	7 (28%)	27 (30,3%)
16 a 30 dias	9 (25,7%)	9 (56,2%)	3 (23,1%)	4 (16%)	25 (28,1%)
31 a 90 dias	7 (20%)	0	2 (15,4%)	9 (36%)	18 (20,2%)
91 a 364 dias	1 (2,9%)	0	2 (15,4%)	5 (20%)	8 (8,9%)
365 ou mais	2 (5,7%)	0	0	0	2 (2,2%)
Não houve encaminhamento	8 (22,9%)	1 (6,2%)	0	0	9 (10,1%)
O município possui referência para BMF	39 (84,8%)	22 (95,6%)	11 (73,3%)	25 (92,6%)	97 (87,4%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	2 (5,6%)	11 (52,4%)	9 (90%)	9 (36%)	31 (33,7%)
16 a 30 dias	13 (36,1%)	7 (33,3%)	1 (10%)	8 (32%)	29 (31,5%)
31 a 90 dias	6 (16,7%)	2 (9,5%)	0	3 (12%)	11 (11,9%)
91 a 364 dias	5 (13,9%)	0	0	4 (16%)	9 (9,8%)
365 ou mais	0	0	0	1 (4%)	1 (1,1%)
Não houve encaminhamento	10 (27,8%)	1 (4,8%)	0	0	11 (11,9%)
O município possui referência p estomatologista	37 (80,4%)	15 (65,2%)	8 (53,3%)	19 (70,4%)	79 (71,2%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	14 (42,4%)	12 (85,7%)	7 (100%)	11 (61,1%)	44 (61,1%)
16 a 30 dias	11 (33,3%)	2 (14,3%)	0	5 (27,8%)	18 (25%)
31 a 90 dias	1 (3,1%)	0	0	2 (11,1%)	3 (4,2%)
Não houve encaminhamento	7 (21,2%)	0	0	0	7 (9,7%)
O município possui referência para ortodontista	15 (32,6%)	5 (21,7%)	0	1 (3,7%)	21 (18,9%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	0	1 (20%)	0	0	1 (0,5%)
16 a 30 dias	4 (33,3%)	1 (20%)	0	0	5 (2,8%)
31 a 364 dias	1 (8,3%)	0	0	1 (100%)	2 (1,1%)
Não houve encaminhamento	7 (58,3%)	3 (60%)	0	0	10 (5,6%)
O município possui referência p implatodontista	9 (19,6%)	0	0	0	9 (8,1%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
16 a 30 dias	1 (12,5%)	0	0	0	1 (12,5%)
Não houve encaminhamento	7 (87,5%)	0	0	0	7 (87,5%)
O município possui referência para radiologista	25 (54,3%)	6 (26,1%)	9 (60%)	14 (51,8%)	54 (48,6%)
Tempo de espera pelo atendimento*					
1 a 15 dias	14 (58,3%)	4 (66,7%)	8 (88,9%)	8 (57,1%)	34 (64,1%)
16 a 30 dias	4 (16,7%)	0	0	5 (35,7%)	9 (16,9%)
31 a 90 dias	1 (4,2%)	0	0	0	1 (1,9%)
Não houve encaminhamento	5 (20,8%)	2 (33,3%)	1 (11,1%)	1 (7,1%)	9 (16,9%)
Existem protocolos que definem fluxos para:					
Solicitação de próteses a partir da UBS	33 (71,7%)	17 (73,9%)	11 (73,3%)	18 (66,7%)	79 (71,2%)
Referência e contrarreferência de usuários para o CEO ou outro serviço especializado	34 (73,9%)	21 (91,3%)	11 (73,3%)	21 (77,8%)	87 (78,4%)
Fluxos para usuários com suspeita de câncer de boca	32 (69,6%)	19 (82,6%)	10 (66,7%)	23 (85,2%)	84 (75,7%)
Atendimento portadores de necessidade especiais	26 (56,5%)	18 (78,3%)	13 (86,7%)	19 (70,4%)	76 (68,5%)
A equipe promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária	36 (78,3%)	22 (95,6%)	9 (60%)	23 (85,2%)	90 (81,1%)
A equipe de saúde bucal realiza a moldagem da prótese dentária na unidade de saúde**	3 (6,5%)	2 (8,7%)	1 (6,7%)	0	6 (5,4%)
A equipe possui referência p protesista	32 (69,6%)	17 (73,9%)	10 (66,7%)	22 (81,5%)	81 (72,9%)
A equipe realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário**	4 (8,7%)	3 (13,1%)	1 (6,7%)	4 (14,8%)	12 (11,1%)
Existe LRPD no município	21 (45,6%)	13 (56,5%)	4 (26,7%)	17 (62,9%)	55 (49,5%)
Tipo de prótese realizada no laboratório***					
PT, PPR e PF	1 (4,8%)	1 (7,7%)	3 (75%)	2 (11,8%)	7 (12,7%)
PT e PPR	12 (57,1%)	9 (69,2%)	1 (25%)	6 (35,3%)	28 (50,9%)
PT	8 (38,1%)	3 (23,1%)	0	9 (52,9%)	20 (36,4%)

*Análise considerando apenas as respostas em dias das equipes que afirmaram possuir referência para a especialidade.

**Análise considerando apenas afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação.

***Análise considerando apenas as respostas das equipes que responderam existir laboratório de prótese no município.

Módulo III

O Módulo III, Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, busca verificar a satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde de quatro usuários de cada equipe avaliada.

Foram entrevistados 717 usuários das 180 equipes da RRAS 13 participantes do 1º ciclo. Destes, 211 (29%) responderam conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista na unidade de saúde onde foram entrevistados, sendo a maioria mulheres (81%), com idade média de 39 anos; 48% se declararam de cor ou raça branca; 20% eram aposentados e 34% possuíam trabalho remunerado. A renda média familiar para 66% foi de 1 a 3 salários mínimos e a escolaridade média, de 3 anos de estudo.

Ao responderem a subdimensão “Saúde Bucal”, a maior parte dos usuários afirmou esperar de 2 a 5 dias para uma consulta com o cirurgião-dentista (46%), sendo que no DRS VIII 76% responderam aguardar até um dia, enquanto que este curto prazo foi respondido por apenas 5% dos usuários do DRS XIII. Ao saírem da consulta, 22% responderam sair sem retorno marcado (Tabela 7).

Dos 77 usuários que procuraram atendimento da última vez devido à urgência, 70 (91%) responderam fazê-lo na unidade de saúde avaliada, sendo 62 (89%) atendidos, após aguardarem em média 18 minutos (Tabela 7).

Dos 39 (18%) usuários que afirmaram indicação de dentadura por cirurgião-dentista, 8 (21%) ainda não haviam feito. Os 3 usuários respondentes do DRS VIII afirmaram ter feito na unidade avaliada. Observa-se que 48% (n=15) fizeram em consultório ou clínica particular. Dos 14 usuários que fizeram a dentadura no serviço público, o tempo médio para receber a dentadura foi de 30 dias (Tabela 7).

Tabela 7 - Percepção dos usuários quanto aos serviços de Saúde Bucal das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Saúde Bucal					
Qual o tempo de espera para uma consulta?*					
0 a 1 dia	19 (21,6%)	15 (34,1%)	19 (76%)	2 (5%)	55 (27,9%)
2 a 15 dias	45 (51,1%)	24 (54,5%)	4 (16%)	17 (42,5%)	90 (45,7%)
16 a 30 dias	21 (23,9%)	3 (6,8%)	2 (8%)	14 (35%)	40 (20,3%)
Mais de 30 dias	3 (3,4%)	2 (4,5%)	0	7 (17,5%)	12 (6,1%)
O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?*					
	66 (75%)	35 (87,5%)	22 (84,6%)	37 (72,5%)	160 (78,1%)
Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente, etc.) o(a) senhor(a) procurou atendimento?					
Sim	43 (47,8%)	11 (25%)	6 (23,1%)	17 (33,3%)	77 (36,5%)
Não	24 (26,7%)	7 (15,9%)	14 (53,8%)	12 (23,5%)	57 (27,1%)
Não teve problema de urgência					
	23 (25,6%)	26 (59,1%)	6 (23,1%)	22 (43,1%)	77 (36,4%)
Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?***					
Nesta unidade de saúde	39 (90,7%)	11 (100%)	5 (83,3%)	15 (88,2%)	70 (90,9%)
Em outra unidade de saúde	2 (4,7%)	0	0	0	2 (2,6%)
Hospital particular	0	0	0	1 (5,9%)	1 (1,3%)
Consultório particular	1 (2,3%)	0	0	1 (5,9%)	2 (2,6%)
Outros	1 (2,3%)	0	1 (16,7%)	0	2 (2,6%)
O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?***					
	38 (97,4%)	9 (81,8%)	5 (100%)	10 (66,7%)	62 (88,6%)
Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?****					
Porque não atende à urgência	1 (25%)	0	1 (100%)	0	2 (28,6%)
Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	0	0	0	1 (50%)	1 (14,3%)
Outro(s)	3 (75%)	0	0	1 (50%)	4 (57,1%)
Alguns dentistas disseram que o(a) senhor(a) precisava usar dentadura?					
Sim	13 (14,4%)	10 (22,7%)	3 (11,5%)	13 (25,5%)	39 (18,5%)
Não	77 (85,6%)	33 (75%)	23 (88,5%)	37 (72,6%)	170 (80,6%)
Nunca fui ao dentista					
	0	1 (2,3%)	0	1 (1,9%)	2 (0,9%)
Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?*****					
Ainda não fiz	4 (30,8%)	2 (20%)	0	2 (15,4%)	8 (20,5%)
Nesta unidade de saúde	1 (7,7%)	2 (20%)	3 (100%)	0	6 (15,4%)
Em outra unidade de saúde	2 (15,4%)	1 (10%)	0	2 (15,4%)	5 (12,8%)
Clínica particular ou Consultório particular	1 (7,7%)	3 (30%)	0	6 (46,1%)	10 (25,6%)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	2 (15,4%)	0	0	0	2 (5,1%)
Consultório particular	2 (15,4%)	1 (10%)	0	2 (15,4%)	5 (12,8%)
Serviço público de outro município	0	1 (10%)	0	0	1 (2,6%)
Outro(s)	1 (7,7%)	0	0	1 (7,7%)	2 (5,1%)

*Análise desconsiderando as respostas "Não sabe/não respondeu"

**Análise considerando apenas os usuários que responderam ter procurado atendimento na última vez que teve algum problema de urgência na boca

***Análise considerando apenas os usuários que procuraram atendimento de urgência na unidade avaliada

****Análise considerando apenas os usuários que não procuraram atendimento de urgência na unidade avaliada

*****Análise considerando apenas as respostas dos usuários que responderam que algum dentista disse precisava usar dentadura

6.1.1.2 Avaliações Externas do 2º ciclo do PMAQ-AB

Módulo V

O Módulo V, Observação na Unidade Básica de Saúde sobre as instalações das ESB, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos.

No 2º ciclo do PMAQ-AB foram avaliadas 156 unidades de saúde com equipes de saúde bucal.

Na subdimensão “Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Saúde Bucal”, foi identificado que a maioria das unidades de saúde da RRAS 13 possuíam ESB organizadas de acordo com a modalidade I (92%) e 6% na modalidade II (Tabela 8). Em relação às “Características Estruturais e Ambiência”, os consultórios odontológicos das unidades deste estudo apresentavam, em sua maioria, boa iluminação e rede elétrica em condições adequadas (92%), no entanto, 20,5% apresentavam problemas de acústica (Tabela 8).

Na subdimensão “Horário de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal”, observa-se que a maioria (84%) atendiam nos turnos manhã e tarde e apenas 3% (n=5) afirmaram funcionar aos sábados, sendo que nenhuma atendia aos domingos (Tabela 8).

Tabela 8 - Modalidade, características estruturais e ambiência do consultório odontológico e horário de funcionamento das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				
	III	V	VIII	XIII	RRAS 13
Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Saúde					
Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de					
Equipe de Saúde Bucal modalidade I	50 (94,3%)	35 (94,6%)	25 (83,3%)	34 (94,4%)	144 (92,3%)
Equipe de Saúde Bucal modalidade II	2 (3,8%)	2 (5,4%)	5 (16,7%)	1 (2,8%)	10 (6,4%)
Equipe de Saúde Bucal parametrizada	1 (1,9%)	0	0	1 (2,8%)	2 (1,3%)
Características Estruturais e Ambiência do consultório					
Dispõe de boa ventilação ou climatização	40 (75,5%)	31 (83,8%)	27 (90,0%)	28 (77,8%)	126 (80,8%)
Apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)	49 (92,5%)	32 (86,5%)	29 (96,7%)	33 (91,7%)	143 (91,7%)
O piso e as paredes são de superfícies lisas e laváveis	47 (88,7%)	28 (75,7%)	23 (76,7%)	32 (88,9%)	130 (83,3%)
O ambiente está em condições adequadas do ponto de vista da	45 (84,9%)	27 (72,9%)	23 (76,7%)	29 (80,6%)	124 (79,5%)
Permite privacidade ao usuário	49 (92,5%)	32 (86,5%)	29 (96,7%)	29 (80,6%)	139 (89,1%)
A rede hidráulica e sanitária está em condições adequadas*	43 (81,1%)	29 (78,4%)	24 (80,0%)	28 (77,8%)	124 (79,5%)
A rede elétrica está em condições adequadas*	51 (96,2%)	33 (89,2%)	28 (93,3%)	31 (86,1%)	143 (91,7%)
Horário de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal					
Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal?					
Manhã	2 (3,8%)	1 (2,7%)	1 (3,3%)	0	4 (2,6%)
Manhã e Tarde	44 (83,0%)	34 (91,9%)	24 (80,0%)	29 (80,6%)	131 (83,9%)
Manhã, Tarde e Noite	7 (13,2%)	2 (5,4%)	5 (16,7%)	7 (19,4%)	21 (13,5%)
Quais dias da semana a Equipe de Saúde Bucal trabalha nesta Unidade? (exceto em campanhas e mutirões)					
Segunda a sexta	53 (100%)	37 (100%)	30 (100%)	36 (100%)	156 (100%)
Sábados	4 (7,5%)	1 (2,7%)	0	0	5 (3,2%)
Domingos	0	0	0	0	0
A unidade de saúde funciona no horário do almoço (12 às 14h)	21 (39,6%)	10 (27,0%)	11 (36,7%)	14 (38,9%)	56 (35,9%)

* Segundo os critérios dispostos no instrumento de Avaliação Externa do 2º ciclo do

Na subdimensão “Equipamentos”, os resultados mostram disponibilidade de equipamentos odontológicos em condições de uso das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, exceto aqueles relacionados a RX odontológico, sendo este disponível para pouco mais da metade das ESB (52%), jato de bicarbonato (59%) e ultrassom odontológico (58%). No DRS V, materiais educativos relevantes para o desenvolvimento das ações preventivas, como macro modelo da arcada dentária e escova, estavam disponíveis em apenas 43% dos consultórios (Tabela 9).

Tabela 9 - Equipamentos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Equipamentos (em condições de uso)	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Amalgamador	52 (98,1%)	34 (91,9%)	28 (93,3%)	35 (97,2%)	149 (95,5%)
Aparelho de RX odontológico	27 (50,9%)	13 (35,1%)	18 (60,0%)	23 (63,9%)	81 (51,9%)
Ar-condicionado	24 (45,3%)	22 (59,5%)	19 (63,3%)	15 (41,7%)	80 (51,3%)
Autoclave	51 (96,2%)	34 (91,9%)	22 (73,3%)	19 (52,8%)	126 (80,8%)
Avental de chumbo	29 (54,7%)	14 (37,8%)	12 (40,0%)	20 (55,6%)	75 (48,1%)
Cadeira odontológica	53 (100,0%)	37 (100,0%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	156 (100,0%)
Cuspideira	53 (100,0%)	37 (100,0%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	156 (100,0%)
Sugador	53 (100,0%)	37 (100,0%)	30 (100,0%)	35 (97,2%)	155 (99,4%)
Refletor	53 (100,0%)	37 (100,0%)	30 (100,0%)	35 (97,2%)	155 (99,4%)
Mocho	52 (98,1%)	36 (97,3%)	30 (100,0%)	35 (97,2%)	153 (98,1%)
Cart odontológico	52 (98,1%)	37 (100,0%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	153 (98,1%)
Caneta alta rotação	52 (98,1%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	152 (97,4%)
Caneta de baixa rotação	53 (100,0%)	31 (83,8%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	148 (94,9%)
Compressor de ar com válvula de segurança	53 (100,0%)	35 (94,6%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	152 (97,4%)
Fotopolimerizador	53 (100,0%)	35 (94,6%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	154 (98,7%)
Jato de bicarbonato	31 (58,5%)	15 (40,5%)	20 (66,7%)	26 (72,2%)	92 (58,9%)
Macro modelo da arcada dentária e escova	44 (83,0%)	16 (43,2%)	10 (33,3%)	16 (44,4%)	86 (55,1%)
Ultrassom odontológico	32 (60,4%)	15 (40,5%)	20 (66,7%)	23 (63,9%)	90 (57,7%)
Caixa de revelação	30 (56,6%)	15 (40,5%)	18 (60,0%)	24 (66,7%)	87 (55,8%)
Estufa	3 (5,6%)	3 (8,1%)	11 (36,7%)	15 (41,7%)	32 (20,5%)
Negatoscópio	34 (64,2%)	7 (18,9%)	10 (33,3%)	18 (50,0%)	69 (44,2%)
Seladora	17 (32,1%)	6 (16,2%)	17 (56,7%)	5 (13,9%)	45 (28,9%)

A Tabela 10 mostra os resultados da subdimensão “Instrumentais odontológicos” disponíveis, em quantidade suficiente, nas unidades de saúde dos DRS da RRAS 13. Observa-se que a maior parte das ESB possui os instrumentais relacionados no PMAQ-AB, com exceção daqueles relacionados à confecção de próteses (espátula para gesso e alginato, moldeiras e gral de borracha) e endodontia (cânula para aspiração endodôntica, extirpa-nervos e limas endodônticas).

Tabela 10 - Instrumentais odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Instrumentais Odontológicos (em quantidade suficiente)					
Alveolótomo	49 (92,5%)	30 (81,1%)	24 (80,0%)	32 (88,9%)	135 (86,5%)
Aplicadores De Hidróxido de Cálcio	52 (98,1%)	33 (89,2%)	30 (100,0%)	34 (94,4%)	149 (95,5%)
Alavancas	53 (100,0%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	35 (97,2%)	152 (97,4%)
Bandejas de aço	41 (77,4%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	31 (86,1%)	135 (86,5%)
Brunidores para restauração de amálgama	53 (100,0%)	33 (89,2%)	27 (90,0%)	36 (100,0%)	149 (95,5%)
Cabos para bisturi	51 (96,2%)	33 (89,2%)	27 (90,0%)	34 (94,4%)	145 (92,9%)
Caixa com tampa em aço inox	45 (84,9%)	26 (70,3%)	24 (80,0%)	21 (58,3%)	116 (74,4%)
Cânula para aspiração endodôntica	41 (77,4%)	13 (35,1%)	14 (46,7%)	15 (41,7%)	83 (53,2%)
Condensadores para restaurações de amálgama	52 (98,1%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	34 (94,4%)	149 (95,5%)
Curetas cirúrgicas	52 (98,1%)	32 (86,5%)	28 (93,3%)	35 (97,2%)	147 (94,2%)
Curetas periodontais	53 (100,0%)	33 (89,2%)	27 (90,0%)	31 (86,1%)	144 (92,3%)
Escavadores de dentina	51 (96,2%)	32 (86,5%)	28 (93,3%)	36 (100,0%)	147 (94,2%)
Escavadores para pulpotomia	45 (84,9%)	23 (62,2%)	18 (60,0%)	32 (88,9%)	118 (75,6%)
Esculpidores	50 (94,3%)	32 (86,5%)	28 (93,3%)	34 (94,4%)	144 (92,3%)
Espátula de inserção de resina	47 (88,7%)	29 (78,4%)	27 (90,0%)	26 (72,2%)	129 (82,7%)
Espátula para gesso e alginato	13 (24,5%)	10 (27,0%)	11 (36,7%)	10 (27,8%)	44 (28,2%)
Espelho clínico	52 (98,1%)	33 (89,2%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	151 (96,8%)
Extirpa-nervos	44 (83,0%)	22 (59,5%)	26 (86,7%)	30 (83,3%)	122 (78,2%)
Fórceps (infantil)	53 (100,0%)	34 (91,9%)	24 (80,0%)	34 (94,4%)	145 (92,9%)
Fórceps (adulto)	53 (100,0%)	33 (89,2%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	152 (97,4%)
Gral de borracha	9 (17,0%)	7 (18,9%)	10 (33,3%)	11 (30,6%)	37 (23,7%)
Limas endodônticas	50 (94,3%)	21 (56,8%)	20 (66,7%)	26 (72,2%)	117 (75,0%)
Limas ósseas	39 (73,6%)	26 (70,3%)	15 (50,0%)	27 (75,0%)	107 (68,6%)
Moldeiras	8 (15,1%)	10 (27,0%)	9 (30,0%)	3 (8,3%)	30 (19,2%)
Pedra de afiar curetas periodontais	41 (77,4%)	21 (56,8%)	10 (33,3%)	20 (55,6%)	92 (58,9%)
Pinça clínica	53 (100,0%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	34 (94,4%)	151 (96,8%)
Placa de vidro	53 (100,0%)	32 (86,5%)	29 (96,7%)	36 (100,0%)	150 (96,1%)
Porta agulha	52 (98,1%)	33 (89,2%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	149 (95,5%)
Porta amálgama	51 (96,2%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	34 (94,4%)	148 (94,9%)
Porta-matriz	52 (98,1%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	36 (100,0%)	151 (96,8%)
Seringa carpule	53 (100,0%)	34 (91,9%)	28 (93,3%)	36 (100,0%)	151 (96,8%)
Sindesmótomo	47 (88,7%)	32 (86,5%)	27 (90,0%)	33 (91,7%)	139 (89,1%)
Sonda exploradora	52 (98,1%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	152 (97,4%)
Sonda milimetrada	41 (77,4%)	10 (27,0%)	15 (50,0%)	19 (52,8%)	85 (54,5%)
Sugador cirúrgico	30 (56,6%)	15 (40,5%)	15 (50,0%)	19 (52,8%)	79 (50,6%)
Tesouras cirúrgicas	52 (98,1%)	32 (86,5%)	30 (100,0%)	34 (94,4%)	148 (94,9%)

A Tabela 11 mostra os resultados da subdimensão “Insumos” disponíveis, em quantidade suficiente, nas unidades de saúde dos DRS da RRAS 13. Observa-se que a maior parte das ESB possui os insumos relacionados no PMAQ-AB, exceto os relacionados a RX odontológico, sendo fixador e revelador para radiografia disponível para 57% das equipes da RRAS 13. No DRS V, 22% das equipes não dispunham de anestésico sem vasoconstritor ou selantes em quantidade suficiente.

Tabela 11 - Insumos odontológicos das unidades de saúde dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Insumos (em quantidade suficiente)					
Ácido e sistema adesivo	53 (100,0%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	34 (94,4%)	150 (96,1%)
Rolo de algodão	52 (98,1%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	34 (94,4%)	150 (96,1%)
Amálgama (cápsula)	45 (84,9%)	19 (51,3%)	16 (53,3%)	20 (55,6%)	100 (64,1%)
Amálgama (preparo manual)	14 (26,4%)	13 (35,1%)	13 (43,3%)	27 (75,0%)	67 (42,9%)
Anestésico tópico	50 (94,3%)	33 (89,2%)	29 (96,7%)	34 (94,4%)	146 (93,6%)
Anestésicos com vasoconstritor	53 (100,0%)	33 (89,2%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	150 (96,1%)
Anestésicos sem vasoconstritor	51 (96,2%)	29 (78,4%)	27 (90,0%)	35 (97,2%)	142 (91,0%)
Lâmina de bisturi	50 (94,3%)	28 (75,7%)	27 (90,0%)	36 (100,0%)	141 (90,4%)
Brocas diversas	53 (100,0%)	33 (89,2%)	30 (100,0%)	33 (91,7%)	149 (95,5%)
Cimentos diversos	49 (92,5%)	34 (91,9%)	28 (93,3%)	36 (100,0%)	147 (94,2%)
Cunhas	52 (98,1%)	33 (89,2%)	26 (86,7%)	35 (97,2%)	146 (93,6%)
EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas	50 (94,3%)	32 (86,5%)	26 (86,7%)	34 (94,4%)	142 (91,0%)
Fios de sutura odontológica	53 (100,0%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	36 (100,0%)	152 (97,4%)
Flúor gel	52 (98,1%)	32 (86,5%)	26 (86,7%)	36 (100,0%)	146 (93,6%)
Fixador e revelador para radiografia	31 (58,5%)	17 (45,9%)	17 (56,7%)	24 (66,7%)	89 (57,0%)
Gaze	52 (98,1%)	34 (91,9%)	29 (96,7%)	36 (100,0%)	151 (96,8%)
Material restaurador temporário	53 (100,0%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	36 (100,0%)	153 (98,1%)
Matriz	52 (98,1%)	33 (89,2%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	149 (95,5%)
Medicações intracanal (polpa viva e necrosada)	47 (88,7%)	30 (81,1%)	27 (90,0%)	34 (94,4%)	138 (88,5%)
Microbrush	49 (92,5%)	22 (59,5%)	28 (93,3%)	26 (72,2%)	125 (80,1%)
Papel articular (papel carbono)	53 (100,0%)	32 (86,5%)	29 (96,7%)	35 (97,2%)	149 (95,5%)
Caixa de descarte para material perfurocortantes	53 (100,0%)	31 (83,8%)	27 (90,0%)	36 (100,0%)	147 (94,2%)
Resinas fotopolimerizáveis	53 (100,0%)	34 (91,9%)	30 (100,0%)	33 (91,7%)	150 (96,1%)
Selantes	52 (98,1%)	29 (78,4%)	28 (93,3%)	33 (91,7%)	142 (91,0%)
Seringas descartáveis para irrigação	46 (86,8%)	22 (59,5%)	22 (73,3%)	34 (94,4%)	124 (79,5%)

Módulo VI

O Módulo VI, referente à Entrevista com o profissional da ESB e verificação de documentos existentes na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho das equipes e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Participaram do 2º ciclo 169 ESB. Na subdimensão “Formação e qualificação dos profissionais da equipe de Saúde Bucal”, os resultados mostram que dos profissionais entrevistados, 163 eram CD (96%), 3 TSB (2%) e 3 ASB (2%). O tempo de atuação na equipe foi de mais de 6 anos para 34% e menos de 1 ano para 15%. A maioria possuía ou estava em formação complementar (76%), sendo que desses, 97 (76%) possuíam ou estavam cursando pós-graduação em Saúde da Família/Pública/Coletiva (Tabela 12).

Em relação ao “Vínculo”, 149 (88%) eram contratados pela administração direta, sendo a maior parte estatutário (41%) ou celetista (34%), que ingressaram por meio de concurso público (78%). No DRS V, 97,7% eram contratados pela administração direta, sendo 40 (91%) concursados, enquanto no DRS VIII, 77% eram da administração direta e apenas 14 (47%) concursados. Sobre o “Plano de carreira”, apenas 52 (33%) dos 159 respondentes relataram possuir plano de carreira. No DRS VIII apenas 4 (15%), dos 27 que responderam, possuíam (Tabela 12).

Tabela 12 – Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira dos profissionais de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB					
Qual profissional entrevistado?					
Dentista	54 (98,2%)	44 (100%)	30 (100%)	35 (87,5%)	163 (96,4%)
Técnico de Saúde bucal	1 (1,8%)	0	0	2 (5%)	3 (1,8%)
Auxiliar de Saúde bucal	0	0	0	3 (7,5%)	3 (1,8%)
Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?					
Menos de 1 ano	2 (3,6%)	10 (22,7%)	9 (30%)	4 (10%)	25 (14,9%)
De 1 a 2 anos	19 (34,5%)	9 (20,5%)	11 (36,7%)	10 (25%)	49 (28,9%)
De 3 a 5 anos	15 (27,3%)	8 (18,2%)	4 (13,3%)	10 (25%)	37 (21,9%)
Mais de 6 anos	19 (34,5%)	17 (38,6%)	6 (20%)	16 (40%)	58 (34,3%)
O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?	48 (87,3%)	30 (68,2%)	21 (70%)	29 (72,5%)	128 (75,7%)
Possui quais destes processos de formação (concluído ou em curso)?*					
Especialização em Saúde da Família	39 (81,2%)	16 (53,3%)	7 (33,3%)	16 (55,2%)	78 (60,9%)
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	19 (39,6%)	6 (20%)	3 (14,3%)	8 (27,6%)	36 (28,1%)
Possui outra especialização?	26 (54,2%)	19 (63,3%)	14 (66,7%)	14 (48,3%)	73 (57,1%)
Residência em Saúde da Família	2 (4,2%)	1 (3,3%)	1 (4,8%)	0	4 (3,1%)
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	2 (4,2%)	0	1 (4,8%)	0	3 (2,3%)
Mestrado em Saúde da Família	1 (2,1%)	0	0	0	1 (0,8%)
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	2 (4,2%)	1 (3,3%)	0	4 (13,8%)	7 (5,4%)
Doutorado em Saúde da Família	2 (4,2%)	0	0	0	2 (1,6%)
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	2 (4,2%)	0	0	1 (3,4%)	3 (2,3%)
<i>Possui ou está cursando pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) em Saúde da Família/Pública/Coletiva?</i>	44 (91,7%)	21 (70%)	10 (47,6%)	22 (75,9%)	97 (75,8%)
Vínculo					
Qual é seu agente contratante?					
Administração direta	51 (92,7%)	43 (97,7%)	23 (76,7%)	32 (80%)	149 (88,2%)
Consórcio intermunicipal de direito público	0	0	0	1 (2,5%)	1 (0,6%)
Fundação pública de direito privado	0	1 (2,3%)	0	0	1 (0,6%)
Organização social (OS)	1 (1,8%)	0	3 (10%)	2 (5%)	6 (3,4%)
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	1 (1,8%)	0	0	2 (5%)	3 (1,8%)
Entidade filantrópica	1 (1,8%)	0	1 (3,3%)	0	2 (1,2%)
Organização não governamental (ONG)	0	0	0	2 (5%)	2 (1,2%)
Empresa	0	0	1 (3,3%)	1 (2,5%)	2 (1,2%)
Outro(s)	1 (1,8%)	0	2 (6,7%)	0	3 (1,8%)
Qual é seu tipo de vínculo?					
Servidor público estatutário	11 (20%)	30 (68,2%)	8 (26,7%)	21 (52,5%)	70 (41,4%)
Cargo comissionado	0	0	2 (6,7%)	0	2 (1,2%)
Contrato temporário pela administração público regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	0	1 (2,3%)	1 (3,3%)	0	2 (1,2%)
Contrato temporário por prestação de serviço	0	0	4 (13,3%)	1 (2,5%)	5 (2,9%)
Empregado público CLT	38 (69,1%)	4 (9,1%)	10 (33,3%)	5 (12,5%)	57 (33,7%)
Contrato CLT	5 (9,1%)	8 (18,1%)	4 (13,3%)	13 (32,5%)	30 (17,8%)
Autônomo	0	0	1 (3,3%)	0	1 (0,6%)
Outro(s)	1 (1,8%)	1 (2,3%)	0	0	2 (1,2%)
Qual a forma de ingresso?					
Concurso público	45 (81,8%)	40 (90,9%)	14 (46,7%)	33 (82,5%)	132 (78,1%)
Seleção pública	5 (9,1%)	1 (2,3%)	4 (13,3%)	5 (12,5%)	15 (8,9%)
Indicação	1 (1,8%)	2 (4,5%)	11 (36,7%)	1 (2,5%)	15 (8,9%)
Outra forma	4 (7,3%)	1 (2,3%)	1 (3,3%)	1 (2,5%)	7 (4,1%)
Plano de carreira					
O(a) senhor(a) tem plano de carreira? **	21 (40,4%)	14 (31,8%)	4 (14,8%)	13 (36,1%)	52 (32,7%)

* Análise considerando apenas as respostas dos profissionais que possuem ou estão em formação complementar

** Análise considerando apenas os respondentes

Na subdimensão “Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas”, 83% (n=140) das ESB afirmaram participar de ações de educação permanente, sendo seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão (68%), cursos presenciais (73%) e troca de experiências (54%) as formas mais citadas. Em 82% das equipes, as ações de Educação Permanente envolviam a participação de todos membros da equipe de saúde bucal. Para 63% (n=88) das equipes, essas ações contemplavam as demandas e necessidades (Tabela 13).

Na subdimensão “Apoio institucional da gestão municipal para as Equipes de Saúde Bucal”, 124 (74%) equipes afirmaram receber apoio institucional permanente da Secretaria Municipal de Saúde. Outras 8 (5%) afirmaram receber desde a adesão ao PMAQ-AB, enquanto outras 37 (22%) não recebiam (Tabela 13).

Das 132 (78%) ESB que recebiam Apoio Institucional, a “discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional” (72%) foi a atividade mais citada, seguida de “apoio à autoavaliação” (70%), sendo que esta foi respondida por 82% equipes do DRS III e 48% do DRS VIII. De forma geral as equipes avaliaram o contato que o apoiador mantém como muito bom (41%) e bom (50%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Educação Permanente e Apoio Institucional das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Educação Permanente (EP) no processo de qualificação das ações desenvolvidas					
A equipe participa de ações de EP	48 (87,3%)	34 (77,3%)	22 (73,3%)	36 (90%)	140 (82,8%)
Quais*					
Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão	36 (75%)	19 (55,9%)	12 (54,5%)	28 (77,8%)	95 (67,7%)
Cursos presenciais	41 (85,4%)	28 (82,3%)	14 (63,6%)	19 (52,8%)	102 (72,9%)
Telessaúde	0	2 (5,9%)	4 (18,2%)	0	6 (4,3%)
UNASUS	8 (16,7%)	4 (11,8%)	7 (31,8%)	1 (2,8%)	20 (14,3%)
Curso de Educação à Distância	9 (18,7%)	4 (11,8%)	7 (31,8%)	7 (19,4%)	27 (19,3%)
Troca de experiência	33 (68,7%)	17 (50%)	15 (68,2%)	10 (27,8%)	75 (53,6%)
Tutoria/preceptoria	6 (12,5%)	3 (8,8%)	5 (22,7%)	3 (8,3%)	17 (12,1%)
A unidade básica participa como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros	16 (33,3%)	2 (5,9%)	3 (13,6%)	5 (13,9%)	26 (18,6%)
Outros	10 (20,8%)	7 (20,6%)	1 (4,5%)	8 (22,2%)	26 (18,6%)
Profissionais envolvidos nas ações de EP*					
Apenas o cirurgião dentista	6 (12,5%)	6 (17,6%)	5 (22,7%)	5 (13,9%)	22 (15,7%)
Apenas o auxiliar ou técnica em saúde bucal	0	0	1 (4,5%)	2 (5,6%)	3 (2,1%)
Para a equipe de saúde bucal completa	42 (87,5%)	28 (82,3%)	16 (72,7%)	29 (80,6%)	115 (82,1%)
As ações de EP contemplam as demandas e necessidades*	34 (70,8%)	20 (58,8%)	17 (77,3%)	17 (47,2%)	88 (62,9%)
Apoio institucional (AI) da gestão municipal para as Equipes de Saúde Bucal					
A Equipe recebe AI permanente da Secretaria Municipal de Saúde					
Sim	35 (63,6%)	34 (77,3%)	25 (83,3%)	30 (75%)	124 (73,4%)
Sim, desde a adesão ao PMAQ.	4 (7,3%)	1 (2,3%)	2 (6,7%)	1 (2,5%)	8 (4,7%)
Não	16 (29,1%)	9 (20,4%)	3 (10%)	9 (22,5%)	37 (21,9%)
Atividades que o apoiador institucional realiza**					
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional	34 (87,2%)	22 (62,9%)	21 (77,8%)	18 (58,1%)	95 (71,9%)
Apoio à autoavaliação	32 (82,1%)	26 (74,3%)	13 (48,1%)	22 (70,9%)	93 (70,4%)
Apoio para monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal	29 (74,4%)	20 (57,1%)	21 (77,9%)	16 (51,6%)	86 (65,1%)
Apoio ao planejamento e organização da equipe	26 (66,7%)	19 (54,3%)	21 (77,9%)	17 (54,8%)	83 (62,9%)
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	23 (58,9%)	17 (48,6%)	16 (59,3%)	11 (35,5%)	67 (50,8%)
Oficina com objetivo específico definido	18 (46,1%)	5 (14,3%)	8 (29,6%)	8 (25,8%)	39 (29,5%)
Educação permanente	23 (58,9%)	19 (54,3%)	12 (44,4%)	15 (48,4%)	69 (52,3%)
Participa das reuniões com a equipe	26 (66,7%)	20 (57,1%)	23 (85,2%)	21 (67,7%)	90 (68,2%)
Outro(s)	5 (12,8%)	8 (22,9%)	2 (7,4%)	5 (16,1%)	20 (15,1%)
Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém**					
Muito bom	17 (43,6%)	17 (48,6%)	13 (48,1%)	7 (22,6%)	54 (40,9%)
Bom	16 (41,1%)	16 (45,7%)	13 (48,1%)	21 (67,7%)	66 (50%)
Regular	6 (15,4%)	2 (5,7%)	1 (3,7%)	3 (9,7%)	12 (9,1%)
A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?***	29 (74,4%)	25 (71,4%)	19 (70,4%)	18 (58,1%)	91 (68,9%)

* Análise considerando apenas as respostas das equipes que participam de ações de Educação Permanente

**Análise considerando apenas as respostas das equipes que recebem apoio institucional

Na subdimensão “Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal”, 151 (89%) afirmaram receber apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos complexos, sendo o CEO o mais citado (85%), seguido do CAPS (30%), enquanto o NASF foi citado por apenas 41 (27%), sendo apenas 4 (11%) do DRS XIII. Ao serem questionados sobre quais especialidades apoiam a ESB na resolução de casos complexos, a endodontia foi a mais citada (93%), seguida da cirurgia oral (94%), sendo essa citada por todas equipes que recebem apoio nos DRS III e V. As menos citadas foram ortodontia/ortopedia (16%) e implantodontia (11%) e a periodicidade desse apoio não era definida para maioria das equipes (67%) (Tabela 14).

Em relação à subdimensão “Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe”, 85 (50%) comprovaram realizar mensalmente atividades de planejamento e programação de suas ações com a equipe de atenção básica. Observa-se que 43,3% das ESB do DRS V não realizavam o planejamento mensal com a equipe de atenção básica e 13% realizavam só com a equipe de saúde bucal (Tabela 14).

A maior parte das ESB afirmou realizar o monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal 141 (83%), sendo que no DRS V era realizado por apenas 27 equipes (61%); 70% afirmaram receber apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, sendo que 22% do DRS XIII afirmaram não receber; 73% afirmaram que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde (Tabela 14).

A auto avaliação foi realizada nos últimos seis meses por 73% das ESB, sendo o AMAQ o instrumento mais utilizado (89%). Dessas, 86% afirmaram que os resultados foram considerados na organização do processo de trabalho. A gestão apoiou a auto avaliação e a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB em 89% e 87% das equipes, respectivamente (Tabela 14).

Na subdimensão “Reunião da equipe”, 73% das ESB participavam sempre das reuniões da EAB. No DRS VIII (n=3) e no DRS XIII (n=4), 10% das equipes afirmaram que nunca participavam. As questões mais consideradas no planejamento das atividades foram a construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal (89%) e as informações locais (86%), sendo essas citada por 100% e 89% das equipes do DRS III, respectivamente. As questões ambientais do território (68%), metas para a AB pactuadas pelo município (73%) e os desafios apontados a partir da auto avaliação (76%) foram as menos citadas, sendo esta última mencionada por 57% das equipes do DRS VIII (Tabela 14).

Tabela 14 – Apoio Matricial, planejamento e reuniões das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal					
A equipe recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos complexos	50 (90,9%)	39 (88,6%)	26 (86,7%)	36 (90%)	151 (89,3%)
Quais*					
CEO	45 (90%)	29 (74,4%)	22 (84,6%)	32 (88,9%)	128 (84,8%)
NASF	17 (34%)	12 (30,8%)	8 (30,8%)	4 (11,1%)	41 (27,1%)
CAPS	23 (46%)	12 (30,8%)	7 (26,9%)	3 (8,3%)	45 (29,8%)
Outros centros/policlínicas de especialidades	17 (34%)	11 (28,2%)	5 (19,2%)	9 (25%)	42 (27,8%)
Sim, outros	22 (44%)	9 (23,1%)	4 (15,4%)	7 (19,4%)	42 (27,8%)
Quais especialidades a equipe de Saúde Bucal recebe apoio para auxiliar ou apoiar na resolução de casos complexos***					
Cirurgia Oral	50 (100%)	39 (100%)	21 (80,8%)	32 (88,9%)	142 (94,1%)
Endodontia	47 (94%)	36 (92,3%)	26 (100%)	31 (86,1%)	140 (92,7%)
Pacientes com necessidades especiais	47 (94%)	31 (79,5%)	19 (73,1%)	26 (72,2%)	123 (81,5%)
Periodontia	46 (92%)	33 (84,62%)	19 (73,1%)	29 (80,6%)	127 (84,1%)
Estomatologia	48 (96%)	24 (61,5%)	13 (50%)	24 (66,7%)	109 (72,2%)
Radiologia	36 (72%)	20 (51,3%)	18 (69,2%)	24 (66,7%)	98 (64,9%)
Ortodontia/ortopedia	14 (28%)	4 (10,3%)	4 (15,4%)	2 (5,6%)	24 (15,9%)
Implantodontia	5 (10%)	4 (10,3%)	1 (3,8%)	6 (16,7%)	16 (10,6%)
Odontopediatria	32 (64%)	19 (48,7%)	18 (69,2%)	23 (63,9%)	92 (60,9%)
Outra(s)	25 (50%)	12 (30,8%)	12 (46,1%)	13 (36,1%)	62 (41,1%)
Frequência que a equipe recebe o apoio*					
Semanal	4 (8%)	7 (17,9%)	10 (38,5%)	6 (16,7%)	27 (17,9%)
Quinzenal	0	2 (5,1%)	2 (7,7%)	3 (8,3%)	7 (4,6%)
Mensal	13 (26%)	2 (5,1%)	0	0	15 (9,9%)
Sem periodicidade definida	33 (66%)	28 (71,8%)	14 (53,8%)	27 (75%)	102 (67,5%)
Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe					
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente**					
Sim, somente com a equipe de saúde bucal	4 (7,3%)	2 (4,5%)	4 (13,3%)	4 (10%)	14 (8,28%)
Sim, juntamente com a equipe de atenção básica	30 (54,5%)	20 (45,4%)	13 (43,3%)	22 (55%)	85 (50,3%)
Não	21 (38,1%)	22 (50%)	13 (43,3%)	14 (35%)	70 (41,4%)
A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal	50 (90,9%)	27 (61,4%)	23 (76,7%)	28 (70%)	141 (83,4%)
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	48 (87,3%)	36 (81,8%)	26 (86,7%)	31 (77,5%)	118 (69,8%)
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde	44 (80%)	26 (59,1%)	24 (80%)	24 (60%)	123 (72,8%)
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses**	47 (85,4%)	31 (70,4%)	18 (60%)	27 (67,5%)	123 (72,8%)
Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho***	45 (95,7%)	25 (80,6%)	13 (72,2%)	23 (85,2%)	106 (86,2%)
A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação***	43 (91,5%)	26 (83,9%)	17 (94,4%)	23 (85,2%)	109 (88,6%)
A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ***	42 (89,4%)	28 (90,3%)	16 (88,9%)	21 (77,8%)	107 (86,9%)
Instrumento/fonte utilizada***					
AMAQ	46 (97,9%)	30 (96,8%)	15 (83,3%)	25 (92,6%)	116 (94,3%)
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	1 (2,1%)	1 (3,2%)	1 (5,6%)	1 (3,7%)	4 (3,2%)
Outro(s)	0	0	2 (11,1%)	1 (3,7%)	3 (2,4%)
Reunião da equipe					
A equipe participa das reuniões da equipe de atenção básica					
Sempre	47 (85,4%)	31 (70,4%)	15 (50%)	31 (77,5%)	124 (73,4%)
Às vezes	5 (9,1%)	7 (15,9%)	12 (40%)	5 (12,5%)	29 (17,2%)
Nunca	3 (5,4%)	6 (13,6%)	3 (10%)	4 (10%)	16 (9,5%)
A equipe planeja/programa suas atividades considerando a construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	55 (100%)	33 (75%)	27 (90%)	35 (87,5%)	150 (88,8%)
As metas para a atenção básica pactuada pelo município	41 (74,5%)	30 (68,2%)	23 (76,7%)	30 (75%)	124 (73,4%)
As informações do sistema de informação da atenção básica	50 (90,9%)	32 (72,7%)	23 (76,7%)	33 (82,5%)	138 (81,6%)
As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)	49 (89,1%)	33 (75%)	27 (90%)	34 (85%)	143 (84,6%)
As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	49 (89,1%)	30 (68,2%)	23 (76,7%)	32 (80%)	134 (79,3%)
As questões ambientais do território (incluindo acesso à terra)	43 (78,2%)	26 (59,1%)	21 (70%)	25 (62,5%)	115 (68,1%)
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	49 (89,1%)	33 (75%)	17 (56,7%)	30 (75%)	129 (76,3%)

*Análise considerando apenas as respostas das equipes que recebem apoio matricial

**Análise considerando apenas as afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

***Análise considerando apenas as respostas das equipes que realizaram autoavaliação

Na subdimensão “Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal”, os resultados mostram que a maior parte das ESB participantes atuavam em uma equipe de atenção básica (87%) e 22 (13%) atuavam em 2. Pouco mais da metade das equipes atendiam pessoas fora da área de abrangência em alguns dias da semana (53%), sendo que 17% em nenhum dia. No DRS V, 36% responderam atender pessoas residentes fora da área de abrangência todos os dias da semana (Tabela 15).

Em relação à “Organização dos prontuários na unidade de saúde”, 51% das ESB armazenavam as fichas clínicas odontológicas no prontuário da família, sendo apenas 12 (40%) no DRS VIII. Pouco mais da metade dos prontuários eram organizados por núcleos familiares (60%), seguido por individualmente por ordem alfabética (22%) e pelo número do prontuário do usuário (15%). No DRS XIII, enquanto 45% organizavam por núcleos familiares, 52% eram individualmente. A maioria das equipes utilizava um modelo padrão da ficha clínica odontológica (99%) e o prontuário eletrônico estava implantado em apenas 6%, sendo que em nenhuma equipe do DRS V. O sistema de informação mais utilizado era o SIAB (68%), mas 43% do DRS VIII e 32% do DRS XIII responderam utilizar um sistema de informação próprio. O e-SUS era usado por apenas 11% das equipes (Tabela 15).

A subdimensão “Organização da agenda” mostra que as agendas de atendimento clínico das ESB garantiam, na maioria, consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda (87%). Dos pacientes atendidos, 79% das equipes responderam ser a maioria de agendados, sendo o restante de demanda espontânea. Apenas uma equipe do DRS V e duas do DRS VIII afirmaram atender apenas demanda espontânea, sendo as três inseridas na Estratégia de Saúde da Família. As duas parametrizadas afirmaram garantir consultas agendadas e de demandada espontânea, sendo a maior parte dos atendidos agendados (Tabela 15).

Sobre a forma de agendamento, 76% das ESB responderam que as consultas odontológicas eram marcadas sem restrição, em qualquer dia da semana, em qualquer horário. No DRS XIII, 8 equipes (20%) afirmaram agendar apenas em dia específico, uma vez por mês. A agenda compartilhada com a equipe de atenção básica era usada por 59% das equipes, sendo mais usada no DRS V (64%). A agenda estava organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal em 85% das ESB, sendo que no DRS III estava em 96%. A maioria das equipes afirmou

garantir agendamento de retorno para continuidade do tratamento dos usuários (96%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Territorialização, organização dos prontuários e agenda das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal					
A equipe atua em quantas Equipes de Saúde da Família					
Uma	54 (98,2%)	36 (81,8%)	27 (90%)	30 (75%)	147 (86,9%)
Duas	1 (1,8%)	8 (18,2%)	3 (10%)	10 (25%)	22 (13,1%)
Frequência que pessoas residentes fora da área de abrangência são atendidas pela equipe					
Todos os dias da semana	12 (21,8%)	16 (36,4%)	8 (26,7%)	14 (35%)	50 (29,6%)
Alguns dias da semana	30 (54,5%)	23 (52,3%)	14 (46,7%)	23 (57,5%)	90 (53,2%)
Nenhum dia da semana	13 (23,6%)	5 (11,4%)	8 (26,7%)	3 (7,5%)	29 (17,2%)
Organização dos prontuários na unidade de saúde					
A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família*					
Existe um modelo padrão da ficha clínica odontológica	55 (100%)	44 (100%)	29 (96,7%)	40 (100%)	168 (99,4%)
Existe prontuário eletrônico implantado*	4 (7,3%)	0	3 (10%)	3 (7,5%)	10 (5,9%)
Os prontuários são organizados:					
Por núcleos familiares					
Individualmente pela ordem alfabética do nome	5 (9,1%)	16 (36,4%)	8 (26,7%)	9 (22,5%)	38 (22,5%)
Individualmente pelo número do prontuário do usuário	5 (9,1%)	3 (6,8%)	5 (16,7%)	12 (30%)	25 (14,8%)
Individualmente por microárea	0	0	1 (3,3%)	0	1 (0,6%)
Outro(s)	0	2 (4,5%)	1 (3,3%)	1 (2,5%)	4 (2,4%)
Sistema de informação utilizado					
SIAB	38 (69,1%)	38 (86,4%)	13 (43,3%)	26 (65%)	115 (68,1%)
e-Sus/SIAB	10 (18,2%)	4 (9,1%)	4 (13,4%)	1 (2,5%)	19 (11,2%)
Sistema de informação próprio	7 (12,7%)	2 (4,5%)	13 (43,3%)	13 (32,5%)	35 (20,7%)
Organização da agenda					
A agenda de atendimento clínico da equipe garante:					
Apenas consultas odontológicas agendadas					
Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea	2 (3,6%)	4 (9,1%)	0	13 (32,5%)	19 (11,2%)
Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda	0	2 (4,5%)	1 (3,3%)	0	3 (1,8%)
Dos pacientes atendidos, quantos são agendados:	53 (96,4%)	38 (86,4%)	29 (96,7%)	27 (67,5%)	147 (86,9%)
Todos					
Maior parte, os demais são de demanda espontânea	0	2 (4,55%)	1 (3,3%)	1 (2,5%)	4 (2,4%)
Metade, os demais são de demanda espontânea	44 (80%)	30 (68,2%)	24 (80%)	36 (90%)	134 (79,3%)
Nenhum, todos são de demanda espontânea	11 (20%)	10 (22,7%)	4 (13,3%)	3 (7,5%)	28 (16,6%)
Como são agendadas as consultas odontológicas:					
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário					
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	49 (89,1%)	28 (63,6%)	26 (86,7%)	26 (65%)	129 (76,3%)
Dias específicos fixos em até três dias na semana	3 (5,4%)	4 (9,1%)	2 (6,7%)	4 (10%)	13 (7,7%)
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	1 (1,8%)	6 (13,6%)	1 (3,3%)	2 (5%)	10 (5,9%)
Dia específico fixo uma vez por mês	0	1 (2,3%)	1 (3,3%)	0	2 (1,2%)
A agenda é compartilhada com a Equipe de Saúde da Família	2 (3,6%)	5 (11,4%)	0	8 (20%)	15 (8,9%)
A agenda está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal	32 (58,2%)	28 (63,6%)	16 (53,3%)	23 (57,5%)	99 (58,6%)
A equipe garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento	53 (96,4%)	33 (75%)	24 (80%)	33 (82,5%)	143 (84,6%)
	55 (100%)	39 (88,6%)	30 (100%)	39 (97,5%)	163 (96,4%)

*Análise considerando apenas afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

Na subdimensão “Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, observa-se que 92,3% das ESB tinham disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas. A maioria ofertava 4 a 6 especialidades (60%), sendo a cirurgia oral e endodontia disponíveis para 96% e 92%, respectivamente. Ortodontia/ortopedia e implantodontia foram as menos, com 10% e 8%, respectivamente. A existência de protocolos para encaminhamento para as especialidades cirurgia oral, endodontia, pacientes com necessidades especiais, periodontia e estomatologia foram os mais

apresentados pelas equipes, ainda assim, disponíveis para pouco mais da metade (Tabela 16).

As formas mais citadas de encaminhamento foram: consultas marcadas pela unidade e a data posteriormente informada ao paciente (44%) e o paciente sai da unidade com a consulta agendada (36%). A maior parte das ESB (88%) comprovaram manter registro de todos os usuários encaminhados para outros pontos de atenção, sendo que no DRS VIII, 7 (26%) equipes não registravam (Tabela 16).

Tabela 16 – Coordenação do cuidado das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde					
A equipe tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas	52 (94,5%)	41 (93,2%)	27 (90%)	36 (90%)	156 (92,3%)
Formas possíveis de encaminhamento para especialidade*					
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	23 (44,2%)	16 (39,1%)	13 (48,1%)	5 (13,9%)	57 (36,5%)
A consulta é marcada pela unidade e a data posteriormente informada	23 (44,2%)	21 (51,2%)	5 (18,5%)	20 (55,6%)	69 (44,2%)
A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de	5 (9,6%)	2 (4,9%)	7 (25,9%)	2 (5,6%)	16 (10,3%)
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao	14 (26,9%)	15 (36,6%)	12 (44,4%)	11 (30,6%)	52 (33,3%)
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um	2 (3,8%)	6 (14,6%)	1 (3,7%)	1 (2,8%)	10 (6,4%)
Outro(s)	3 (5,8%)	1 (2,4%)	3 (11,1%)	1 (2,8%)	8 (5,1%)
Especialidades odontológicas que o município oferta na Rede de					
Cirurgia Oral	51 (98,1%)	38 (92,7%)	22 (81,5%)	33 (91,7%)	144 (92,3%)
Endodontia	51 (98,1%)	36 (87,8%)	27 (100%)	36 (100%)	150 (96,1%)
Pacientes com necessidades especiais	50 (96,1%)	34 (82,9%)	20 (74,1%)	27 (75%)	131 (83,9%)
Periodontia	48 (92,3%)	29 (70,73%)	19 (70,4%)	31 (86,1%)	127 (81,4%)
Estomatologia	48 (92,3%)	24 (58,5%)	14 (51,8%)	25 (69,44%)	111 (71,1%)
Radiologia	39 (75%)	25 (60,9%)	21 (77,8%)	26 (72,22%)	111 (71,1%)
Ortodontia/ortopedia	10 (19,2%)	1 (2,44%)	1 (3,7%)	4 (11,11%)	16 (10,3%)
Implantodontia	7 (13,5%)	2 (4,9%)	0	3 (8,3%)	12 (7,7%)
Odontopediatria	24 (46,1%)	20 (48,8%)	20 (74,1%)	23 (63,9%)	87 (55,8%)
Outra(s)	26 (50%)	11 (26,8%)	10 (37,1%)	9 (25%)	56 (35,9%)
O município possui referência para quantas especialidades					
0	3 (5,4%)	3 (6,8%)	3 (10%)	4 (10%)	13 (7,7%)
1 a 2	1 (1,8%)	8 (18,2%)	4 (13,3%)	2 (5%)	15 (8,9%)
3	0	4 (9,1%)	2 (6,7%)	5 (12,5%)	11 (6,51)
4 a 6	37 (67,3%)	25 (56,8%)	15 (50%)	24 (60%)	101 (59,8%)
7 ou mais	14 (25,4%)	4 (9,1%)	6 (20%)	5 (12,5%)	29 (17,2%)
A equipe mantém registrados** os usuários encaminhados para outros					
Sim, de todos os usuários	48 (92,3%)	37 (90,2%)	20 (74,1%)	32 (88,9%)	137 (87,8%)
Sim, de alguns usuários	1 (1,9%)	1 (2,4%)	0	0	2 (1,3%)
Não	3 (5,8%)	3 (7,3%)	7 (25,9%)	4 (11,1%)	17 (10,9%)
Existem protocolos de encaminhamento para as especialidades:*					
Cirurgia Oral	46 (88,5%)	14 (34,1%)	15 (55,6%)	23 (63,9%)	98 (62,8%)
Endodontia	46 (88,5%)	14 (34,1%)	15 (55,6%)	23 (63,9%)	98 (62,8%)
Pacientes com necessidades especiais	46 (88,5%)	12 (29,3%)	13 (48,1%)	22 (61,1%)	93 (59,6%)
Periodontia	46 (88,5%)	10 (24,4%)	14 (51,8%)	21 (58,3%)	91 (58,3%)
Estomatologia	44 (84,6%)	9 (21,9%)	10 (37,1%)	21 (58,3%)	84 (53,8%)
Radiologia	35 (67,3%)	7 (17,1%)	11 (40,7%)	20 (55,6%)	73 (46,8%)
Ortodontia/ortopedia	26 (50%)	4 (9,8%)	4 (14,8%)	7 (19,4%)	41 (26,3%)
Implantodontia	25 (48,1%)	5 (12,2%)	3 (11,1%)	6 (16,7%)	39 (25%)
Odontopediatria	34 (65,4%)	7 (17,1%)	14 (51,8%)	22 (61,1%)	77 (49,4%)
Outra(s)	38 (73,1%)	8 (19,5%)	5 (18,5%)	11 (30,6%)	62 (39,7%)

*Análise considerando apenas as respostas das equipes que tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas.

**Análise considerando apenas afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

Na subdimensão “Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos”, observa-se que 42% das ESB dispunham de central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas, sendo para 65% das equipes do DRS XIII e 34% do DRS V. Apenas 44% das equipes afirmaram sempre entrar em contato com especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados, sendo que 12 (27%) equipes do DRS V responderam nunca entrar (Tabela 17).

Na subdimensão “Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal”, observa-se que as ESB realizavam a maior parte dos procedimentos listados. Os menos citados foram remoção de cistos (17%), remoção de dentes impactados (28%) e frenectomia (31%) (Tabela 17).

Apenas 5% dos cirurgiões-dentistas realizavam coleta de material de biópsia, sendo que 72% não realizavam porque os casos eram referenciados. Pouco mais da metade das equipes realizavam o tratamento concluído (TC) para todos atendidos, sendo que uma equipe do DRS XIII (2%) respondeu nunca realizar (Tabela 17).

Na subdimensão “Saúde bucal: acesso à prótese dentária” 65% das ESB afirmaram promover ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária, sendo 80% das equipes do DRS III e 52% do DRS V. Ainda que 84% tenham afirmado não realizar nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias, apenas 34% responderam não ofertar nenhum tipo de prótese na AB, sendo 62% do DRS XIII e 14% do DRS III. Os tipos mais ofertados eram as próteses totais (66%), seguidas das próteses parciais removíveis (44%). Próteses fixas eram ofertadas apenas nos DRS VIII (10%) e no DRS XIII (5%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Integração da Rede, oferta, resolubilidade e acesso à prótese dentária das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos					
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	19 (34,5%)	15 (34,1%)	11 (36,7%)	26 (65%)	71 (42,1%)
Com que frequência os profissionais da equipe entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?					
Sempre	30 (54,5%)	14 (31,8%)	18 (60%)	13 (32,5%)	75 (44,4%)
Sim, algumas vezes	21 (38,2%)	18 (40,9%)	9 (30%)	18 (45%)	66 (39,1%)
Nunca	4 (7,3%)	12 (27,3%)	3 (10%)	9 (22,5%)	28 (16,6%)
Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal					
O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia:					
Sim	4 (7,3%)	0	5 (16,7%)	0	9 (5,3%)
Não, porque não há material/instrumental disponível	2 (3,6%)	4 (9,1%)	0	1 (2,5%)	7 (4,1%)
Não, porque não há laboratório para encaminhamento	0	0	1 (3,3%)	0	1 (0,6%)
Não, porque não se sente capacitado	1 (1,8%)	1 (2,3%)	1 (3,3%)	0	3 (1,8%)
Não, porque os casos são encaminhados para outro centro de referência	43 (78,2%)	26 (59,1%)	22 (73,3%)	31 (77,5%)	122 (72,2%)
Não, outros	5 (9,1%)	13 (29,5%)	1 (3,3%)	8 (20%)	27 (15,9%)
A equipe realiza os seguintes procedimentos:					
Drenagem de abscesso	54 (98,2%)	43 (97,7%)	29 (96,7%)	38 (95%)	164 (97,1%)
Sutura de ferimentos por trauma	55 (100%)	32 (72,7%)	23 (76,7%)	36 (90%)	146 (86,4%)
Remoção de dentes impactados	13 (23,6%)	12 (27,3%)	9 (30%)	13 (32,5%)	47 (27,8%)
Frenectomia	21 (38,2%)	10 (22,7%)	10 (33,3%)	11 (27,5%)	52 (30,8%)
Remoção de cistos	12 (21,8%)	3 (6,8%)	9 (30%)	5 (12,5%)	29 (17,2%)
Acesso à polpa dentária	54 (98,2%)	44 (100%)	29 (96,7%)	39 (97,5%)	166 (98,2%)
Aplicação tópica de flúor	54 (98,2%)	44 (100%)	29 (96,7%)	39 (97,5%)	166 (98,2%)
Exodontia de dente decíduo	55 (100%)	44 (100%)	30 (100%)	40 (100%)	169 (100%)
Exodontia de dente permanente	55 (100%)	44 (100%)	30 (100%)	39 (97,5%)	168 (99,4%)
Restauração de amálgama	54 (98,2%)	43 (97,7%)	29 (96,7%)	38 (95%)	164 (97,1%)
Restauração de resina composta	55 (100%)	42 (95,4%)	29 (96,7%)	39 (97,5%)	165 (97,6%)
Restauração em dente decíduo	55 (100%)	43 (97,7%)	30 (100%)	40 (100%)	168 (99,4%)
Pulpotomia	53 (96,4%)	43 (97,7%)	29 (96,7%)	38 (95%)	163 (96,4%)
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.	53 (96,4%)	43 (97,7%)	30 (100%)	36 (90%)	162 (95,9%)
Tratamento de alveolite	54 (98,2%)	42 (95,4%)	29 (96,7%)	40 (100%)	165 (97,6%)
Ulotomia/ Ulectomia	47 (85,4%)	30 (68,2%)	18 (60%)	28 (70%)	123 (72,8%)
Cimentação de prótese	38 (69,1%)	28 (63,6%)	23 (76,7%)	37 (92,5%)	126 (74,6%)
Outro(s)	29 (52,7%)	7 (15,9%)	9 (30%)	17 (42,5%)	62 (36,7%)
A Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)					
Para todos os usuários atendidos	36 (65,4%)	24 (54,5%)	18 (60%)	19 (47,5%)	97 (57,4%)
Para alguns usuários atendidos	19 (34,5%)	20 (45,4%)	12 (40%)	20 (50%)	71 (42,1%)
Nunca realiza TC	0	0	0	1 (2,5%)	1 (0,6%)
Saúde bucal: acesso à prótese dentária					
A equipe promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária	44 (80%)	23 (52,3%)	21 (70%)	22 (55%)	110 (65,1%)
Realiza as etapas de confecção de próteses dentárias na unidade:					
Moldagem anatômica e funcional	7 (12,7%)	4 (9,1%)	8 (26,67%)	0	19 (11,2%)
Registros estéticos e interoclusais	7 (12,7%)	5 (11,4%)	9 (30%)	0	21 (12,4%)
Prova dos dentes	7 (12,7%)	4 (9,1%)	8 (26,7%)	0	19 (11,2%)
Instalação da prótese dentária	7 (12,7%)	4 (9,1%)	9 (30%)	0	20 (11,8%)
Consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese	6 (10,9%)	7 (15,9%)	10 (33,3%)	1 (2,5%)	24 (14,2%)
Não realiza nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias	47 (85,4%)	36 (81,8%)	20 (66,7%)	39 (97,5%)	142 (84,1%)
Tipos de próteses ofertadas na atenção básica:					
Prótese total	47 (85,4%)	28 (63,6%)	21 (70%)	15 (37,5%)	111 (65,7%)
Prótese parcial removível	32 (58,2%)	15 (34,1%)	17 (56,7%)	10 (25%)	74 (43,8%)
Prótese fixa	0	0	3 (10%)	2 (5%)	5 (2,9%)
Prótese temporária	7 (12,7%)	4 (9,1%)	6 (20%)	8 (20%)	25 (14,8%)
Não oferta nenhum tipo de prótese	8 (14,5%)	16 (36,4%)	9 (30%)	25 (62,5%)	58 (34,3%)

Na subdimensão “Atenção ao câncer de boca”, 45% das ESB comprovaram possuir o registro dos casos suspeitos e/ou confirmados de câncer de boca, sendo 70% do DRS XIII e apenas 17% do DRS VIII. Chama a atenção que 28% das equipes desconheciam algum caso no território, sendo 60% das do DRS VIII e 7% do DRS XIII. A maior parte das equipes afirmaram realizar ações de prevenção e detecção do câncer de boca (99%) e possuir referência para encaminhar os casos suspeitos e/ou confirmados de câncer de boca (95%). Entretanto, 5 equipes (17%) do DRS VIII afirmaram desconhecer a existência de alguma referência (Tabela 18).

Na subdimensão “Atenção ao pré-natal”, 86% das ESB comprovaram realizar o acompanhamento das gestantes por meio de consultas, sendo 100% das equipes do DRS III e 77% do DRS V. Na “Atenção à criança de até cinco anos de idade”, 83% comprovaram realizar atendimentos para esse grupo, sendo 94% das equipes do DRS III e 70% das do DRS V (Tabela 18).

Na subdimensão “Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio”, 131 (77%) das ESB afirmaram realizar visita domiciliar. Dessas, 61% comprovaram utilizar protocolo com definição de situações prioritárias, 81% realizam orientações de higiene oral; 78% realizam consultas de idosos e/ou com doença crônica domiciliado e 37% realizam procedimentos clínicos, sendo 35% no DRSIII e 8% no DRS VIII (Tabela 18).

Em relação ao “Programa Saúde na Escola”, 140 (83%) ESB afirmaram realizar atividades em escolas e/ou creches. Dessas, todas do DRS III e 83% do DRS VIII, comprovaram possuir registro das atividades. A existência do levantamento de escolares que precisavam de atendimento clínico foi comprovada por 73% das equipes, sendo 96% do DRS III e 49% do DRS XIII (Tabela 18).

Tabela 18 – Atenção ao câncer de boca, pré-natal, crianças até 5 anos, visita domiciliar e Programa Saúde na Escola das equipes de saúde bucal dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Atenção ao câncer de boca					
A equipe possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca*					
Sim	33 (60%)	11 (25%)	5 (16,7%)	28 (70%)	77 (45,5%)
Não	9 (16,4%)	19 (43,2%)	7 (23,3%)	9 (22,5%)	44 (26,1%)
Desconhece se tem algum caso no território	13 (23,6%)	14 (31,8%)	18 (60%)	3 (7,5%)	48 (28,4%)
A equipe possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca					
Sim	55 (100%)	43 (97,7%)	25 (83,3%)	39 (97,5%)	162 (95,9%)
Não	0	1 (2,3%)	0	1 (2,5%)	2 (1,2%)
Desconhece se tem alguma referência	0	0	5 (16,7%)	0	5 (2,9%)
A equipe realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca					
	55 (100%)	43 (97,7%)	30 (100%)	39 (97,5%)	167 (98,8%)
Com que frequência:**					
Uma vez ao ano	30 (54,5%)	33 (76,7%)	16 (53,3%)	18 (46,1%)	97 (58,1%)
Duas vezes ao ano	3 (5,4%)	1 (2,3%)	8 (26,7%)	1 (2,6%)	13 (7,8%)
Três vezes ao ano	0	2 (4,6%)	3 (10%)	3 (7,7%)	8 (4,8%)
Todo mês	22 (40%)	7 (16,3%)	3 (10%)	17 (43,6%)	49 (29,3%)
Atenção ao pré-natal					
A equipe realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas*	55 (100%)	34 (77,3%)	23 (76,7%)	33 (82,5%)	145 (85,8%)
Atenção à criança de até os 5 (cinco) anos de idade					
A equipe realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade*	52 (94,5%)	31 (70,4%)	24 (80%)	34 (85%)	141 (83,4%)
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio					
A equipe realiza visita domiciliar	46 (83,6%)	32 (72,7%)	24 (80%)	29 (72,5%)	131 (77,5%)
A equipe utiliza protocolo/documento* com definição de situações prioritárias para visita domiciliar***	34 (73,9%)	17 (53,1%)	10 (41,7%)	19 (65,5%)	80 (61,1%)
No cuidado domiciliar, os profissionais realizam:***					
Apenas orientações de higiene bucal	32 (69,6%)	27 (84,4%)	22 (91,7%)	25 (86,2%)	106 (80,9%)
Consultas (idosos e/ou com doença crônica domiciliado)	39 (84,9%)	23 (71,9%)	19 (79,2%)	21 (72,4%)	102 (77,9%)
Realização de procedimentos clínicos	22 (47,8%)	7 (21,9%)	11 (45,8%)	9 (31,1%)	49 (37,4%)
Outro(s)	16 (34,8%)	8 (25%)	2 (8,3%)	5 (17,2%)	31 (23,7%)
Programa Saúde na Escola					
A equipe realiza atividades na escola/creche	48 (87,3%)	34 (77,3%)	23 (76,7%)	35 (87,5%)	140 (82,8%)
Possui registro* das atividades realizadas na escola/creche****	48 (100%)	32 (94,1%)	19 (82,6%)	31 (88,6%)	130 (92,9%)
Possui levantamento* de escolares que precisam de atendimento clínico****	46 (95,8%)	23 (67,6%)	16 (69,6%)	17 (48,6%)	102 (72,9%)

*Análise considerando apenas afirmativas comprovadas pela apresentação de documentação

**Análise considerando apenas as respostas das equipes que realizam ações de prevenção e detecção do câncer de boca

***Análise considerando apenas as respostas das equipes que realizam visita domiciliar

****Análise considerando apenas afirmativas comprovadas das equipes que realizam atividades na escola

Módulo III

No 2º ciclo do PMAQ-AB foram entrevistados 1.271 usuários da RRAS 13, dos quais 365 (29%) responderam já ter passado por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal da unidade de saúde onde foram entrevistados. Desses, a maioria eram mulheres (79%), com idade média de 45 anos; 44,7% se declaram de cor ou raça branca; 66,8% não trabalhavam e 17% recebiam dinheiro do Programa Bolsa-Família. A maioria (85%) possuía renda média familiar de 1 a 3 salários mínimos e, em média, 4 anos de estudo.

Na subdimensão “Acesso aos serviços de saúde”, 85% dos usuários responderam que as ESB atendiam nos turnos manhã e tarde e 10% só pela manhã,

sendo que 8% dos usuários do DRS VIII e 1% do DRS III responderam que atendem manhã, tarde e noite. Para 90% dos usuários, as equipes trabalhavam 5 dias na semana, sendo que para 16% dos usuários do DRS VIII, as equipes atendiam menos de 5 dias na semana. Para 85% dos entrevistados, o horário de funcionamento atendia às suas necessidades, sendo 90% dos usuários do DRS III e 74% do DRS XIII (Tabela 19).

Na subdimensão “Marcação de Consultas com o dentista”, dos 365 entrevistados, 293 (80%) responderam conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista da unidade. Para esses, a forma mais citada de marcação de consultas é indo à unidade (99%), seguida de marcação por telefone (11%) e marcada pelo ACS (8%). Para 39%, a consulta é agendada para o mesmo ou o próximo dia; 41% afirmam aguardar de 2 a 15 dias e 7% mais de 30 dias. Mais da metade (63%) responderam que a consulta tem hora marcada, enquanto 31% responderam ser por ordem de chegada. Ao chegarem para a consulta marcada, a maioria (74%) aguarda até 30 minutos; 21% de 31 a 60 minutos. Ao final do atendimento, 80% responderam sair com a próxima consulta agendada, sendo 88% do DRS XIII e 75% do DRS III (Tabela 19).

Em relação à subdimensão “Acolhimento à demanda espontânea”, dos 365 respondentes, 241 (66%) afirmaram ser escutados caso procurassem o atendimento odontológico sem hora marcada. Desses, a maioria (65%) respondeu esperar até 30 minutos para ser atendido; avaliaram a forma como foram recebidos como muito boa ou boa (94%) e, para 88%, as orientações dadas pelos profissionais de saúde bucal atendiam suas necessidades (Tabela 19).

Tabela 19 – Acesso, marcação de consulta e acolhimento da saúde bucal na percepção dos usuários dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				RRAS 13
	III	V	VIII	XIII	
Acesso aos serviços de saúde bucal					
Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal?					
Manhã	11 (9,2%)	4 (5,9%)	10 (13,2%)	10 (9,9%)	35 (9,6%)
Tarde	1 (0,8%)	0	1 (1,3%)	2 (1,9%)	4 (1,1%)
Manhã e tarde	107 (89,2%)	59 (86,8%)	59 (77,6%)	84 (83,2%)	309 (84,7%)
Manhã, tarde e noite	1 (0,8%)	5 (7,3%)	6 (7,9%)	5 (4,9%)	17 (4,6%)
A EABSB desta Unidade trabalha quais dias da semana?					
5 dias	111 (92,5%)	64 (94,1%)	64 (84,2%)	89 (88,1%)	328 (89,9%)
Menos de 5 dias	9 (7,5%)	4 (5,9%)	12 (15,8%)	12 (11,9%)	37 (10,1%)
O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?					
Sim	108 (90%)	61 (89,7%)	67 (88,1%)	75 (74,3%)	311 (85,2%)
Não	10 (8,3%)	3 (4,4%)	5 (6,6%)	23 (22,8%)	41 (11,2%)
Não sabe	2 (1,7%)	4 (5,9%)	4 (5,3%)	3 (2,9%)	13 (3,6%)
Marcação de consulta com o dentista					
O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde?					
Sim	106 (88,3%)	53 (77,9%)	52 (68,4%)	82 (81,2%)	293 (80,3%)
Não	5 (4,2%)	5 (7,3%)	15 (19,7%)	15 (14,8%)	40 (10,9%)
Nunca procurou	9 (7,5%)	10 (14,7%)	9 (11,8%)	4 (3,9%)	32 (8,8%)
Na maioria das vezes, como o senhor faz para marcar consulta com o dentista da sua equipe*					
Marca por telefone	14 (13,2%)	6 (11,3%)	6 (11,5%)	5 (6,1%)	31 (10,6%)
Marca pela internet	0	0	0	2 (2,4%)	2 (0,7%)
Vai à unidade e marca o atendimento	105 (99,1%)	52 (98,1%)	52 (100%)	81 (98,8%)	290 (98,9%)
Vai à unidade, mas tem que pegar ficha.	0	0	2 (3,8%)	1 (1,2%)	3 (1,1%)
Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes na	3 (2,8%)	1 (1,9%)	2 (3,8%)	0	6 (2,1%)
O agente comunitário de saúde marca a consulta	10 (9,4%)	7 (13,2%)	1 (1,9%)	7 (8,5%)	25 (8,5%)
Tempo de espera para marcar consulta*					
0 a 1 dia	34 (32,1%)	31 (58,5%)	25 (48,1%)	24 (29,3%)	114 (38,9%)
2 a 15 dias	54 (50,9%)	16 (30,2%)	19 (36,5%)	31 (37,8%)	120 (40,9%)
16 a 30 dias	14 (13,2%)	6 (11,3%)	4 (7,7%)	15 (18,3%)	39 (13,3%)
Mais de 30 dias	4 (3,8%)	0	4 (7,7%)	12 (14,6%)	20 (6,9%)
Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta com o cirurgião dentista, sua consulta é*					
Com hora marcada	69 (65,1%)	29 (54,7%)	34 (65,4%)	54 (65,8%)	186 (63,5%)
Em horários ou turnos definidos do dia	1 (0,9%)	2 (3,8%)	0	1 (1,2%)	4 (1,4%)
Por ordem de chegada	32 (30,19%)	20 (37,74%)	15 (28,8%)	24 (29,3%)	91 (31,1%)
Encaixe	3 (2,83%)	2 (3,77%)	2 (3,8%)	3 (3,7%)	10 (3,4%)
Outro(s)	1 (0,94%)	0	1 (1,9%)	0	2 (0,7%)
Quando o(a) senhor(a) vem com consulta marcada, quanto tempo o senhor espera para ser atendido?*					
Até 30 min	80 (75,5%)	40 (75,5%)	43 (82,7%)	53 (64,6%)	216 (73,7%)
De 31 a 60 min	19 (17,9%)	11 (20,7%)	7 (13,5%)	25 (30,5%)	62 (21,2%)
Mais de 61 min	7 (6,6%)	2 (3,8%)	2 (3,8%)	4 (4,9%)	15 (5,1%)
O(a) senhor(a) já sai com a próxima consulta agendada?*	80 (75,5%)	42 (79,2%)	41 (78,8%)	72 (87,8%)	235 (80,2%)
Acolhimento a demanda espontânea					
Quando procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?					
Sim, sempre	75 (62,5%)	42 (61,76%)	38 (50%)	44	199 (54,52%)
Sim, algumas vezes.	7 (5,83%)	6 (8,82%)	10	19	42 (11,51%)
Não	38 (31,67%)	20 (29,41%)	28	38	124 (33,97%)
Quanto tempo, em média, espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada?*					
Até 30 min	53 (64,6%)	33 (68,7%)	36 (75%)	35 (55,6%)	157 (65,1%)
De 31 a 60 min	15 (18,3%)	10 (20,8%)	5 (10,5%)	15 (23,8%)	45 (18,7%)
Mais de 61 min	14 (17,1%)	5 (10,5%)	7 (14,5%)	13 (20,6%)	39 (16,2%)
O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é recebido(a) ao procurar o serviço de saúde bucal?*					
Muito bom	29 (35,4%)	22 (45,8%)	17 (35,2%)	22 (34,9%)	90 (37,3%)
Bom	46 (56,1%)	26 (54,2%)	30 (62,5%)	35 (55,6%)	137 (56,9%)
Razoável	5 (6,1%)	0	1 (2,1%)	5 (7,9%)	11 (4,6%)
Ruim	2 (2,4%)	0	0	0	2 (0,8%)
Muito ruim	0	0	0	1 (1,6%)	1 (0,4%)
As orientações que os profissionais de saúde bucal dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?*					
Sim, sempre	74 (90,2%)	43 (89,6%)	44 (91,7%)	52 (82,5%)	213 (88,4%)
Sim, algumas vezes.	5 (6,1%)	5 (10,4%)	4 (8,3%)	10 (15,9%)	24 (9,9%)
Não	3 (3,7%)	0	0	1 (1,6%)	4 (1,7%)

* Análise considerando os usuários que conseguiram marcar atendimento com o cirurgião-dentista da unidade

**Análise considerando os usuários que afirmaram ter sido escutados ao procurar o serviço sem hora marcada

Na subdimensão “Atenção Integral à Saúde”, a maioria dos respondentes afirmou que o consultório odontológico garantia a privacidade (95%). Quanto à frequência que recebem orientações dos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal, a maioria respondeu que sempre (87%), sendo 92% do DRS III e 81% do DRS XIII (Tabela 20).

Em relação ao “Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado”, a maioria avaliou que o tempo de consulta é sempre suficiente (91%), sendo que nenhum do DRS VIII respondeu que não era. Ao serem questionados se eram atendidos pelo mesmo dentista, a maioria respondeu que sempre (79%), sendo que 7 (7%) do DRS XIII responderam nunca ou quase nunca. No caso de interrupção do tratamento, 19% afirmaram que os profissionais não os procuram para saber o que aconteceu, sendo 7% dos do DRS V e 30% do DRS XIII. Cabe ressaltar que 63% afirmaram nunca terem faltado ou abandonado o tratamento (Tabela 20).

Na subdimensão “Prótese Dentária”, de 1.271 usuários entrevistados no Módulo III, apenas 365 (29%) passaram por consulta odontológica na unidade de saúde onde foram entrevistados, sendo que 108 (30%) usavam ou tinham necessidade de próteses totais. Desses, 55% a fizeram em clínica ou consultório particular e 38% em algum serviço público. Se considerarmos o total de entrevistados, apenas 41 dos 1.271 fizeram próteses em serviço público (3%).

Dos que fizeram em serviços públicos, a maioria fez no CEO (20%), sendo 27% dos do DRS VIII e 12% do DRS V. O tempo de espera para receber a dentadura foi de mais de 30 dias para 38%. A maioria (85%) respondeu ter recebido orientações do cirurgião-dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura, sendo 100% nos do DRS III e 76% do DRS V (Tabela 20).

Na subdimensão “Satisfação do Usuário”, a maioria afirmou que os consultórios odontológicos estavam em boas condições de limpeza (97%), dispunham de boa ventilação ou climatização (93%) e cadeira odontológica (82%) e equipamentos (93%) em boas condições de uso. Na opinião de 336 respondentes (92%), o cuidado recebido pela ESB era muito bom ou bom, sendo que nenhum dos respondentes dos DRS V e VIII consideravam ruim ou muito ruim. Caso tivessem opção, 59 (16%) mudariam de dentista ou unidade de saúde, sendo o fato de ser mal atendido um dos motivos mais citados (38% do DRS XIII, 29% do DRS III e nenhum dos DRS V e VIII), seguido de conhecer profissionais melhores de outras unidades (Tabela 20).

Tabela 20 – Atenção integral, vínculo, responsabilização, coordenação do cuidado, prótese dentária e satisfação com os serviços de saúde bucal dos usuários dos DRS da RRAS 13, participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

	DRS				
	III	V	VIII	XIII	RRAS 13
Atenção Integral à Saúde					
O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?	118 (98,3%)	66 (97,1%)	70 (92,1%)	93 (92,1%)	347 (95,1%)
Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?					
Sempre	111 (92,5%)	59 (86,76%)	67 (88,2%)	82 (81,3%)	319 (87,4%)
Na maioria das vezes	5 (4,17%)	6 (8,82%)	3 (3,95%)	9 (8,9%)	23 (6,3%)
Quase nunca	2 (1,67%)	0	2 (2,63%)	2 (1,9%)	6 (1,6%)
Nunca	2 (1,67%)	3 (4,41%)	4 (5,26%)	8 (7,9%)	17 (4,7%)
Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado					
Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?					
Sim, sempre	106 (88,3%)	65 (95,6%)	73 (96,1%)	90 (89,2%)	334 (91,5%)
Sim, algumas vezes.	8 (6,7%)	1 (1,5%)	3 (3,9%)	7 (6,9%)	19 (5,2%)
Não	6 (5%)	2 (2,9%)	0	4 (3,9%)	12 (3,3%)
Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo dentista:					
Sempre	98 (81,6%)	52 (76,5%)	60 (78,9%)	79 (78,3%)	289 (79,2%)
Na maioria das vezes	20 (16,7%)	15 (22,1%)	12 (15,8%)	15 (14,8%)	62 (16,9%)
Quase nunca	2 (1,7%)	1 (1,4%)	3 (3,9%)	3 (2,9%)	9 (2,5%)
Nunca	0	0	1 (1,4%)	4 (3,9%)	5 (1,4%)
Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais					
Sim, sempre	13 (10,8%)	10 (14,7%)	12 (15,8%)	17 (16,9%)	52 (14,2%)
Sim, algumas vezes.	1 (0,9%)	3 (4,4%)	3 (3,9%)	4 (3,9%)	11 (3,1%)
Não	21 (17,5%)	5 (7,4%)	15 (19,8%)	30 (29,7%)	71 (19,4%)
Nunca abandonou ou faltou	85 (70,8%)	50 (73,5%)	46 (60,5%)	50 (49,5%)	231 (63,3%)
Prótese dentária					
O(a) Senhor(a) usa dentadura?					
Sim	31 (25,8%)	17 (25%)	25 (32,9%)	32 (31,7%)	105 (28,8%)
Não precisa	87 (72,5%)	51 (75%)	50 (65,8%)	69 (68,3%)	257 (70,4%)
Não, porque não gostou da dentadura	2 (1,7%)	0	1 (1,3%)	0	3 (0,8%)
Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?*					
Nesta unidade de saúde	3 (9,1%)	0	2 (7,7%)	2 (6,2%)	7 (6,5%)
Em outra unidade de saúde	3 (9,1%)	3 (17,6%)	2 (7,7%)	2 (6,2%)	10 (9,3%)
Clínica particular ou Consultório particular	19 (57,6%)	11 (64,7%)	13 (50%)	17 (53,1%)	60 (55,5%)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	6 (18,2%)	2 (11,8%)	7 (26,9%)	7 (21,9%)	22 (20,4%)
Serviço público de outro município	0	1 (5,9%)	1 (3,8%)	0	2 (1,8%)
Outro(s)	2 (6,1%)	0	1 (3,8%)	4 (12,5%)	7 (6,5%)
Quanto tempo levou para receber a dentadura?*					
15 dias	12 (36,4%)	5 (29,4%)	9 (34,6%)	13 (40,6%)	39 (36,2%)
De 15 a 30 dias	7 (21,2%)	7 (41,2%)	9 (34,6%)	5 (15,6%)	28 (25,9%)
Mais de 30 dias	14 (42,4%)	5 (29,4%)	8 (30,8%)	14 (43,7%)	41 (37,9%)
Recebeu orientação do CD sobre o uso e cuidados com a dentadura?*					
	33 (100%)	13 (76,5%)	21 (80,8%)	25 (78,1%)	92 (85,2%)
Satisfação do usuário					
Está em boas condições de limpeza	115 (95,8%)	68 (100%)	73 (96,1%)	98 (97,1%)	354 (96,9%)
Dispõe de boa ventilação ou climatização	112 (93,3%)	68 (100%)	71 (93,4%)	90 (89,1%)	341 (93,4%)
Os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso	113 (94,2%)	66 (97,1%)	71 (93,4%)	91 (90,1%)	341 (93,4%)
A cadeira odontológica está em boas condições de uso	103 (85,8%)	57 (83,8%)	65 (85,5%)	74 (73,3%)	299 (81,9%)
Em sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da equipe de saúde bucal é:					
Muito bom	44 (36,7%)	29 (42,6%)	23 (30,3%)	27 (26,7%)	123 (33,7%)
Bom	68 (56,7%)	38 (55,9%)	47 (61,8%)	60 (59,4%)	213 (58,3%)
Regular	4 (3,3%)	1 (1,5%)	6 (7,9%)	11 (10,9%)	22 (6,1%)
Ruim	1 (0,8%)	0	0	0	1 (0,3%)
Muito ruim	3 (2,5%)	0	0	3 (2,9%)	6 (1,6%)
Caso tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?					
	17 (14,2%)	9 (13,2%)	12 (15,8%)	21 (20,8%)	59 (16,2%)
Por que o(a) senhor(a) mudaria de dentista ou unidade de saúde?					
Distante de casa	0	0	1 (8,3%)	0	1 (1,7%)
Horário de atendimento não atende às necessidades	2 (11,8%)	1 (11,1%)	1 (8,3%)	3 (14,3%)	7 (11,9%)
Porque não consegue atendimento	2 (11,8%)	0	3 (25%)	4 (19,1%)	9 (15,2%)
É mal atendido	5 (29,4%)	0	0	8 (38,1%)	13 (22,1%)
Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	2 (11,8%)	4 (44,4%)	3 (25%)	3 (14,3%)	12 (20,1%)
Outros	6 (35,3%)	4 (44,4%)	4 (33,3%)	3 (14,3%)	17 (28,8%)

*Análise considerando apenas os usuários que usam ou necessitam de prótese total

6.1.2 Segundo momento: indicadores de Saúde Bucal da RRAS 13

6.1.2.1 Indicadores COAP

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal

Este indicador é calculado pelo número de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e Saúde da Família, depois dividido pela população no mesmo local e período.

O DATASUS, disponibiliza, nos valores absolutos, o numerador já calculado em “População coberta ESF SB”, considerando a soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas, dividido por 40 (horas) e multiplicado por 3.000 (considera-se adequado haver pelo menos uma equipe da atenção básica à saúde bucal para cada 3.000 pessoas residentes) (Ministério da Saúde, 2015c).

Esse indicador mede a disponibilidade de equipes da atenção básica à saúde bucal para a população residente de um determinado local, sendo que uma maior cobertura indica uma maior facilidade de acesso e maior potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população. Apresenta como limitação mensurar a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas. É indicado para analisar a disponibilidade desses profissionais em um território, bem como as variações geográficas e temporais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (Ministério da Saúde, 2018a).

Os resultados do presente estudo mostram que, no período avaliado, aproximadamente 50% da população da RRAS 13 era coberta por equipes de saúde bucal, sendo a maior cobertura no DRS V em 2012 (75%). De 2011 a 2014 é possível observar uma redução do indicador na RRAS13 (de 51% para 48%), assim como nos DRS III, V e XIII. Apenas no DRS VIII houve um aumento, passando de 39% em 2011 para 41% em 2014 (Tabela 21).

Ao observarmos os números absolutos, pode-se dizer que o DRS XIII teve uma redução no número de profissionais (considerando que cada profissional cumpra carga horária de 40 horas semanais), de aproximadamente 215 profissionais em 2011 para 203 em 2014. Nos demais DRS, o aumento do número de profissionais não acompanhou o crescimento populacional (Tabela 21).

Tabela 21 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	52,17	73	39,09	48,23	50,6
	População coberta ESF SB	483.975	300.107	255.827	647.644	1.688.054
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	927.689	411.106	654.456	1.342.825	3.336.076
2012	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	49,95	75,13	38,21	44,42	48,52
	População coberta ESF SB	466.964	310.195	251.782	602.853	1.632.140
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	934.863	412.878	658.943	1.357.165	3.363.849
2013	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	50,75	74,43	38,7	41,41	47,53
	População coberta ESF SB	494.513	318.894	265.499	587.977	1.667.729
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	974.410	428.448	686.044	1.419.891	3.508.793
2014	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	49,94	72,49	41,04	42,56	47,99
	População coberta ESF SB	490.855	312.191	283.749	611.359	1.699.526
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	982.889	430.668	691.396	1.436.463	3.541.416

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Esse indicador apresenta a razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado local, no ano avaliado. Estima, assim, a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, bem como acesso ao flúor tópico e possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais da ação, bem como contribuir para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, promoção e autocuidado, realizadas pelas ESB. Cabe ressaltar que esse indicador se limita a um tipo de ação coletiva, sendo assim, baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2018a).

Nos valores absolutos, o DATASUS disponibiliza o numerador já calculado em “Média ações escov dent superv” (Quantidade para o procedimento em determinado local de atendimento dividido por 12 - número de meses do ano) (Ministério da Saúde, 2015c).

No presente estudo observa-se que, em 2011, este indicador foi de 3%, tendo aumentado apenas em 2013 (4%). Nos valores absolutos observa-se a redução no número de participantes de 2011 e 2014 em todos os DRS. Chama a atenção que o DRS VIII atingiu 14.377 pessoas em 2011 e 8.141 em 2014, no entanto, em 2013, foram 61.174 participantes, muito acima dos demais anos avaliados (Tabela 22).

Tabela 22 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,63	3,23	2,2	2,86	2,99
	Média ações escov dent superv	33.651	13.279	14.377	38.379	99.686
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	927.689	411.106	654.456	1.342.825	3.336.076
2012	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,3	2,72	1,92	2,8	2,76
	Média ações escov dent superv	30.860	11.220	12.665	38.045	92.790
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	934.863	412.878	658.943	1.357.165	3.363.849
2013	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,62	2,08	8,92	2,86	3,89
	Média ações escov dent superv	25.575	8.918	61.174	40.660	136.327
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	974.410	428.448	686.044	1.419.891	3.508.793
2014	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,38	3,2	1,18	2,66	2,36
	Média ações escov dent superv	23.378	13.775	8.141	38.141	83.435
	População Total por DRS/Reg Saude e Ano	982.889	430.668	691.396	1.436.463	3.541.416

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Este indicador apresenta o percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados, produzidos para residentes em determinado local e ano. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, indicando que as ações abrangem um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. Possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais de extrações dentárias em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade, tendências e a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal. Oferece também subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal. No entanto, deve-se considerar que pessoas que necessitam de extração dentária podem não ter acesso aos serviços odontológicos (Ministério da Saúde, 2018a).

No presente estudo, os resultados mostram que na RRAS13 este indicador passou de 8,3 em 2011, para 3,5 em 2014 (Tabela 23). Chama a atenção que no DRS VIII este indicador passou de 21,2 em 2011 para 6,3 em 2014. Em números absolutos, foram 104.118 exodontias em 2011 e 18.846 em 2014.

Nos DRS III, o menor valor foi em 2014 (2,4), impulsionado pelo aumento do número dos procedimentos preventivos e curativos (mais que o dobro dos anos 2011 e 2012). No DRS V observa-se que tanto as extrações quanto os demais procedimentos tiveram redução de 2011 a 2014 (Tabela 23).

Tabela 23 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	4,43	5,57	21,24	4,57	8,3
	Extrações dentárias	22.613	18.509	104.118	42.558	187.798
	Proc odonto prevent/curativos	510.070	332.025	490.215	931.545	2.263.855
2012	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	5,2	4,84	5,98	2,82	3,89
	Extrações dentárias	25.320	15.294	21.143	43.757	105.514
	Proc odonto prevent/curativos	486.633	315.706	353.564	1.553.595	2.709.498
2013	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	4,62	5,3	5,46	4,78	4,91
	Extrações dentárias	27.528	14.815	17.668	41.520	101.531
	Proc odonto prevent/curativos	595.526	279.531	323.751	867.842	2.066.650
2014	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	2,38	5,13	6,28	3,52	3,55
	Extrações dentárias	25.052	14.352	18.846	41.603	99.853
	Proc odonto prevent/curativos	1.051.360	279.821	300.090	1.183.203	2.814.474

6.1.2.2 Indicadores PMAQ-AB

No presente estudo, os indicadores de monitoramento propostos pelo PMAQ-AB apresentam um panorama dos DRS, ou seja, os indicadores não são apenas das ESB participantes. Os valores da população cadastrada incluíram todas as equipes com ou sem saúde bucal, considerado o registrado no mês de dezembro dos anos analisados.

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

É calculado pelo número de participantes da ação em determinado local (DRS) e período (janeiro a dezembro), dividido pela população cadastrada no mesmo local e período, multiplicado por 100. Segundo o Ministério da Saúde (2015d), o foco deste indicador está na expansão do acesso a essa ação, e não na frequência com que ela é realizada.

Os resultados do presente estudo mostram um aumento do indicador a partir de 2011 em todas regiões, sendo observado um aumento expressivo no número de participantes no DRS XIII em 2013 (Tabela 24).

Tabela 24 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,77	1,29	1,00	1,92	2,11
	PMA Complementar - Ação coletiva de escovação dental supervisionada	10.538	2.379	2.069	8.808	23.794
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	279.846	184.501	206.712	457.593	1.128.652
2012	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	14,02	15,01	6,55	8,96	10,88
	PMA Complementar - Ação coletiva de escovação dental supervisionada	45.752	30.209	14.137	43.246	133.344
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	326.277	201.314	215.783	482.629	1.226.003
2013	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	13,22	11,08	10,65	29,35	18,47
	PMA Complementar - Ação coletiva de escovação dental supervisionada	46.897	22.731	25.058	140.905	235.591
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	354.687	205.210	235.308	480.122	1.275.327
2014	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	12,46	17,74	6,85	8,73	10,74
	PMA Complementar - Ação coletiva de escovação dental supervisionada	42.681	30.150	15.665	38.786	127.282
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	342.500	169.947	228.795	444.415	1.185.657

Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Esse indicador, calculado pelo número de primeiras consultas odontológicas programáticas em determinado local (DRS) e período (ano) pela população cadastrada no mesmo local e período, multiplicado por 100, reflete a proporção de pessoas cadastradas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Este indicador pode contribuir para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico (Ministério da Saúde, 2015d).

Nesse estudo observa-se que houve um aumento do indicador a partir de 2011 em todos os DRS avaliados. No entanto a maior cobertura observada foi de apenas 9% no DRS V em 2014. Neste mesmo ano, no DRS VIII, a cobertura foi 2% (Tabela 25).

Tabela 25 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	0,74	0,56	0,30	0,46	0,52
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	2.064	1.033	619	2.106	5.822
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	279.846	184.501	206.712	457.593	1.128.652
2012	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	3,96	8,48	0,93	2,60	3,63
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	12.924	17.063	2.011	12.559	44.557
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	326.277	201.314	215.783	482.629	1.226.003
2013	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	4,26	6,29	3,02	2,87	3,84
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	15.123	12.916	7.098	13.796	48.933
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	354.687	205.210	235.308	480.122	1.275.327
2014	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	5,46	8,97	2,42	3,86	4,78
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	18.707	15.237	5.546	17.164	56.654
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	342.500	169.947	228.795	444.415	1.185.657

Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante

O indicador de cobertura de primeira consulta odontológica à gestante expressa a cobertura de gestantes com acompanhamento odontológico em relação às cadastradas pelas equipes. O cálculo é realizado pelo número de gestantes atendidas em primeira consulta pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período, dividido pelo número de gestantes cadastradas no mesmo local e período. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação

odontológica a cada trimestre de gestação, entretanto, para efeito de cálculo deste indicador, deve ser registrada no SIAB apenas a primeira consulta à gestante. Nesse estudo, para o denominador, foi somado o número de gestantes de 10 a 19 anos e 20 anos ou mais, cadastradas em dezembro do respectivo ano.

Houve um aumento a partir de 2011 em todas as regiões, sendo superior a 50% nos anos seguintes nos DRS III e V. Como esse estudo considerou as gestantes apenas de dezembro, o valor deste indicador pode estar superestimado, ocasionando coberturas superiores a 100%, como em 2014 no DRS V (Tabela 26).

Tabela 26 - Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante	11,20	6,33	6,04	50,51	24,63
	PMA Complementar - Atendimento gestante	195	63	64	1.196	1.518
	Gestantes 10a19aGestantes 20a+ por Ano - Dez/Ano	1.741	995	1.060	2.368	6.164
2012	Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante	63,24	60,66	43,82	51,99	55,28
	PMA Complementar - Atendimento gestante	1.201	626	482	1.269	3.578
	Gestantes 10a19aGestantes 20a+ por Ano - Dez/Ano	1.899	1.032	1.100	2.441	6.472
2013	Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante	62,87	74,63	35,41	43,51	52,70
	PMA Complementar - Atendimento gestante	1.282	765	432	1.050	3.529
	Gestantes 10a19aGestantes 20a+ por Ano - Dez/Ano	2.039	1.025	1.220	2.413	6.697
2014	Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante	60,86	104,93	39,29	72,55	67,00
	PMA Complementar - Atendimento gestante	1.177	894	468	1.639	4.178
	Gestantes 10a19aGestantes 20a+ por Ano - Dez/Ano	1.934	852	1.191	2.259	6.236

Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Esse indicador, calculado pelo número de tratamentos concluídos, dividido pelo número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal no mesmo local e período, permite avaliar se a equipe mantém boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida ela está concluindo os tratamentos iniciados.

Considerando a fórmula de cálculo deste indicador, admitem-se duas possibilidades:

- Resultado menor que 1 (um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados.

Resultado maior que 1 (um): indica que os tratamentos estão sendo concluídos sem que novos sejam iniciados. Essa situação aponta para possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes (Ministério da Saúde, 2015d).

No presente estudo observa-se que este indicador apresentou pouca alteração entre 2011 e 2014, mantendo-se perto de 0,5 – ou seja, metade dos tratamentos iniciados são concluídos, sendo o maior (0,6) observado em 2014 no DRS VIII (Tabela 27).

Tabela 27 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		II	V	VIII	XIII	
2011	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0	0,46	0,55	0,39	0,46
	PMA Complementar - Tratamento concluído	1	471	338	818	2.693
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	2	1.033	619	2.106	5.822
2012	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0	0,37	0,49	0,39	0,44
	PMA Complementar - Tratamento concluído	7	6.247	991	4.953	19.392
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	1	17.063	2.011	12.559	44.557
2013	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0	0,47	0,48	0,46	0,50
	PMA Complementar - Tratamento concluído	8	6.040	3.410	6.283	24.549
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	1	12.916	7.098	13.796	48.933
2014	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0	0,38	0,65	0,48	0,49
	PMA Complementar - Tratamento concluído	1	5.824	3.584	8.293	28.033
	PMA Complementar - Primeira consulta odontológica programática	1	15.237	5.546	17.164	56.654

Média de instalações dentárias

Esse indicador apresenta o número de instalações de próteses dentárias implantadas em relação ao total estimado da população que necessita do tratamento reabilitador. Compreende o registro do número de instalações de próteses dentárias, sejam elas totais, parciais removíveis ou fixas, realizadas pelo cirurgião-dentista, sobre o número estimado de pessoas que necessitam de prótese entre as cadastradas. Por sua natureza, é um indicador cumulativo, ou seja, quanto maior o período, melhores serão os resultados. Cabe ressaltar que esse indicador é superestimado, já que, para efeitos de cálculo, essa estimativa considere apenas a população com necessidade de prótese total - segundo dados do SB Brasil 2010, estima-se que pelo menos 3% da população necessita de prótese total em ao menos um maxilar (Ministério da Saúde, 2015d).

Ainda assim, os resultados desse estudo mostram poucas mudanças a partir de 2012 na RRAS 13, sendo que em 2014 apenas 0,04% da população cadastrada que possui necessidade de prótese teve acesso. Em números absolutos, foram registradas 1.149 próteses no DRS III em 2013, enquanto nesse mesmo ano, no

DRS XIII, foram registradas 112 – sendo este o maior número nesse DRS nos anos analisados (Tabela 28).

Tabela 28 - Média de instalações dentárias nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Média de instalações dentárias	0,02	0,00	0,01	0,00	0,01
	PMA Complementar - Instalação prótese	157	23	42	8	230
	Cadastramento familiar - População cadastrada - Ficha A Dez/ano*0,03	8.395	5.535	6.201	13.728	33.860
2012	Média de instalações dentárias	0,12	0,03	0,08	0,01	0,05
	PMA Complementar - Instalação prótese	1.145	159	546	107	1.957
	Cadastramento familiar - População cadastrada - Ficha A Dez/ano*0,03	9.788	6.039	6.473	14.479	36.780
2013	Média de instalações dentárias	0,11	0,05	0,09	0,01	0,06
	PMA Complementar - Instalação prótese	1.149	282	617	112	2.160
	Cadastramento familiar - População cadastrada - Ficha A Dez/ano*0,03	10.641	6.156	7.059	14.404	38.260
2014	Média de instalações dentárias	0,09	0,08	0,02	0,00	0,04
	PMA Complementar - Instalação prótese	878	406	106	20	1.410
	Cadastramento familiar - População cadastrada - Ficha A Dez/ano*0,03	10.275	5.098	6.864	13.332	35.570

Média de atendimento de urgência odontológica por habitante

A equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica, devendo assim, desenvolver estratégias de acolhimento e planejamento de acordo a demanda para as ações de odontologia. Esse indicador mostra o número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante, em determinado local e período (Ministério da Saúde, 2015d).

Considerando que este indicador fornece subsídios para avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular, no presente estudo, em números absolutos, observa-se que em 2014 foram realizados mais de 42 mil atendimentos de urgência, sendo acima de 18 mil no DRS XIII (Tabela 29).

Tabela 29 - Média de atendimento de urgência odontológica por habitante nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
	PMA Complementar - Urgência	1.937	1.059	716	1.398	5.110
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	279.846	184.501	206.712	457.593	1.128.652
2012	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante	0,04	0,03	0,01	0,02	0,02
	PMA Complementar - Urgência	12.711	5.324	2.293	9.796	30.124
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	326.277	201.314	215.783	482.629	1.226.003
2013	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
	PMA Complementar - Urgência	11.950	5.564	7.177	12.042	36.733
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	354.687	205.210	235.308	480.122	1.275.327
2014	Média de atendimento de urgência odontológica por habitante	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04
	PMA Complementar - Urgência	11.085	5.979	6.854	18.661	42.579
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	342.500	169.947	228.795	444.415	1.185.657

Taxa de incidência de alteração da mucosa oral

Esse indicador expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pela equipe de Saúde Bucal, em exames bucais de rotina ou campanhas, na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na atenção básica. Pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações para diagnóstico precoce de lesões da mucosa oral e câncer de boca, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde, fatores de risco para o câncer bucal, prevenção e diagnóstico precoce (Ministério da Saúde, 2015d).

Nesse estudo, a taxa de incidência de alteração de mucosa oral aumentou em todos DRS a partir de 2011, chegando a 1,8 na RRAS 13 em 2012, com 2.195 casos registrados. Chama a atenção que o DRS III apresenta as maiores taxas: em 2013 foi 4,6, enquanto no mesmo ano, no DRS VIII, foi de 0,3. Em números absolutos, em 2013 o DRS III registrou 1.640 casos, enquanto o DRS VIII, 65. Nos DRS V e XIII, nesse mesmo ano, foram 193 e 199, respectivamente (Tabela 30).

Tabela 30 - Taxa de incidência de alteração da mucosa oral nos DRS da RRAS 13.

ANO	INDICADOR	DRS				RRAS 13
		III	V	VIII	XIII	
2011	Taxa de incidência de alteração da mucosa oral	0,34	0,09	3,49	0,05	0,76
	PMA Complementar - Diagnóstico alteração mucosa	96	16	721	21	854
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	279.846	184.501	206.712	457.593	1.128.652
2012	Taxa de incidência de alteração da mucosa oral	4,07	0,33	0,31	1,52	1,79
	PMA Complementar - Diagnóstico alteração mucosa	1.329	66	67	733	2.195
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	326.277	201.314	215.783	482.629	1.226.003
2013	Taxa de incidência de alteração da mucosa oral	4,62	0,94	0,28	0,41	1,64
	PMA Complementar - Diagnóstico alteração mucosa	1.640	193	65	199	2.097
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	354.687	205.210	235.308	480.122	1.275.327
2014	Taxa de incidência de alteração da mucosa oral	4,31	0,72	0,25	0,56	1,61
	PMA Complementar - Diagnóstico alteração mucosa	1.477	123	58	251	1.909
	População cadastrada - Ficha A Dez/ano	342.500	169.947	228.795	444.415	1.185.657

6.2 Estudo 2

Das 181 ESB da RRAS 13 que participaram do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB, 116 (64%) responderam o questionário, sendo que 10 participaram apenas do 1º ciclo, 38 apenas do 2º e 68 dos dois ciclos.

Cabe ressaltar que, dos 65 questionários não respondidos, 27 de 12 municípios não foram enviados pela falta de autorização do gestor municipal, seja pelo não retorno do gestor aos contatos realizados ou ausência desse profissional no período da pesquisa devido mudanças internas. A não participação de 17 ESB foi justificada pelos gestores de quatro municípios, devido à substituição dos CD que participaram do PMAQ-AB. Três profissionais de um município não participaram devido à aposentadoria. O motivo de outras 18 recusas não foi obtido.

6.2.1 Parte 1

Os participantes tinham, em média, 44 anos (DP=10,3), sendo a maioria casados (70%) e do sexo feminino (66%). Tinham em média 22 anos (DP=10,3) de formação em odontologia; apenas 6,9% não possuíam formação complementar e 71% a possuíam em saúde coletiva e/ou saúde da família. Em média, trabalhavam na AB há 15,6 anos (DP=8,9), sendo 5 (DP=3,9) na mesma/atual equipe. 89% afirmaram atuar na Estratégia de Saúde da Família, no entanto 34% não participaram de capacitação.

Em relação ao vínculo empregatício, a maior parte era servidor público concursado (88%), sendo predominantemente de regime estatutário (47%) ou celetista (43%). Ainda que 72% cumprissem jornada semanal de 40 horas, 52% possuíam também consultório particular.

6.2.2 Parte 2

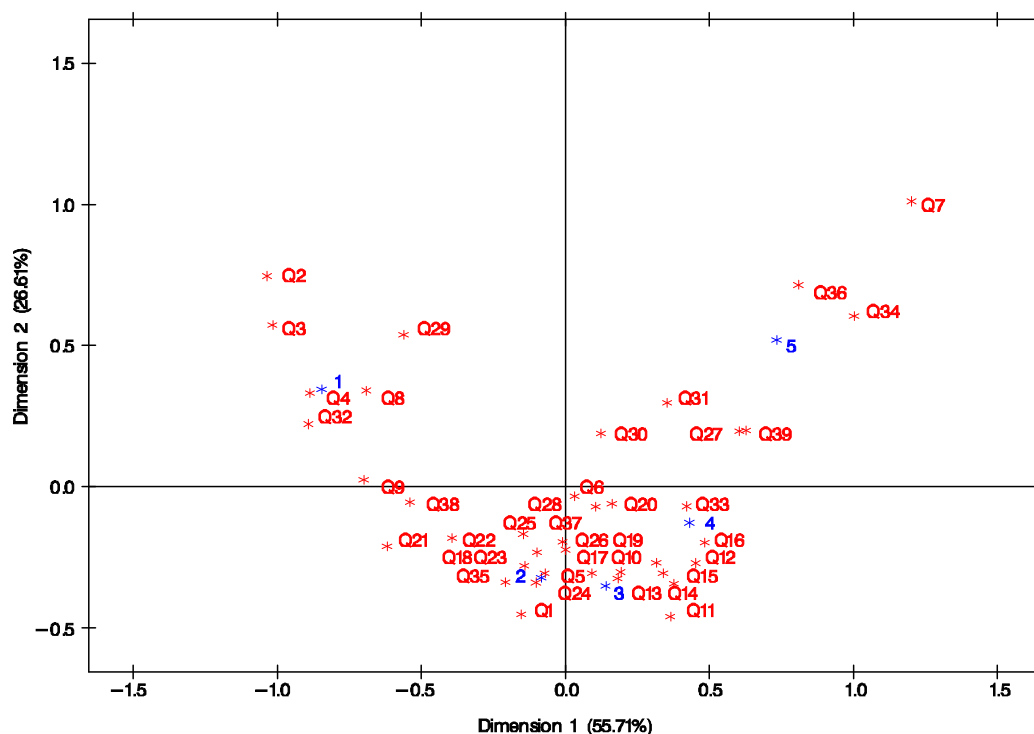
As análises de correspondência para os dados da segunda parte do questionário, por DRS e RRAS, estão apresentadas nas Figuras 2 a 6.

Observa-se que em todos os DRS e na RRAS 13, as questões Q2, Q3, Q9 e Q32 estão associadas a uma maior concordância (1 – concordo totalmente). Essas questões referem-se principalmente ao desejo de participação e de continuidade no programa, bem como da importância na participação das Avaliações Externas. Da mesma forma, as questões Q7 e Q34 estiveram associadas a uma maior discordância (5 – discordo totalmente): os

profissionais discordam totalmente que a participação no PMAQ-AB tenha acarretado prejuízos para a equipe (Figura 6).

No DRS III, além dessas, as questões Q4, Q8 e Q29 também estiveram associadas a uma maior concordância, que se referem ao esclarecimento da equipe sobre as propostas e etapas do PMAQ-AB, concordância com os resultados da avaliação e ressentimento por não ter recebido qualquer investimento financeiro para seus membros. Das que discordam totalmente, somam-se as questões Q27, Q30, Q31, Q36 e Q39, que se referem ao estímulo para realização de prótese na unidade básica de saúde, discussão ou frustração com os resultados das Avaliações Externas e recebimento de apoio institucional para superar as dificuldades identificadas (Figura 2).

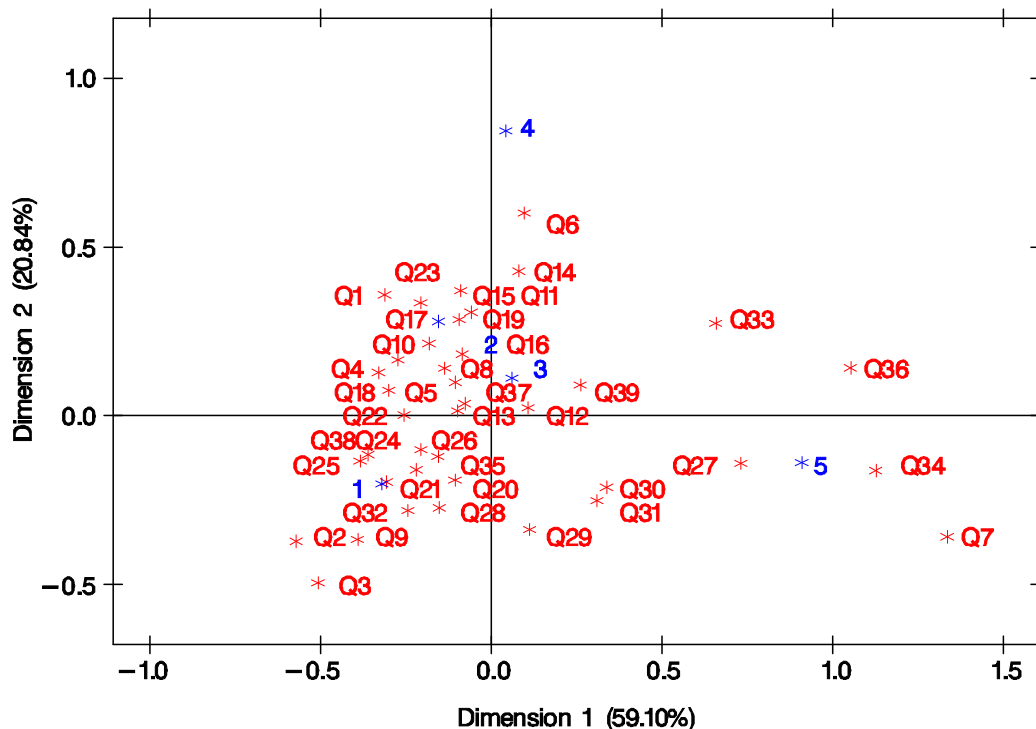
Figura 2 – Análise de correspondência das variáveis do DRS III, da parte 2 do Estudo 2.



No DRS V, as questões Q20, Q21, Q24, Q25, Q26, Q28, Q35 e Q38 somam-se a maior concordância. Estas se relacionam com o processo de trabalho das equipes, no qual o PMAQ-AB estimulou a organização dos prontuários por núcleos familiares, uso dos sistemas de informação, ações de prevenção do câncer de boca, acompanhamento de gestantes, crianças até cinco anos, realização de atividades em ambiente escolar; bem como do papel da Avaliação Externa para identificação

das dificuldades da equipe. Das de maior discordância, somam-se as questões Q27, Q29, Q30 e Q31. Discordam do recebimento dos resultados e nota atribuída e, assim como no DRS III, os CD do DRS V discordaram totalmente que os resultados das Avaliações Externas foram plenamente discutidos com a equipe (Q30 e Q31) e que o PMAQ-AB estimulou a realização de próteses na AB (Q27) (Figura 3).

Figura 3 – Análise de correspondência das variáveis do DRS V, da parte 2 do Estudo 2.

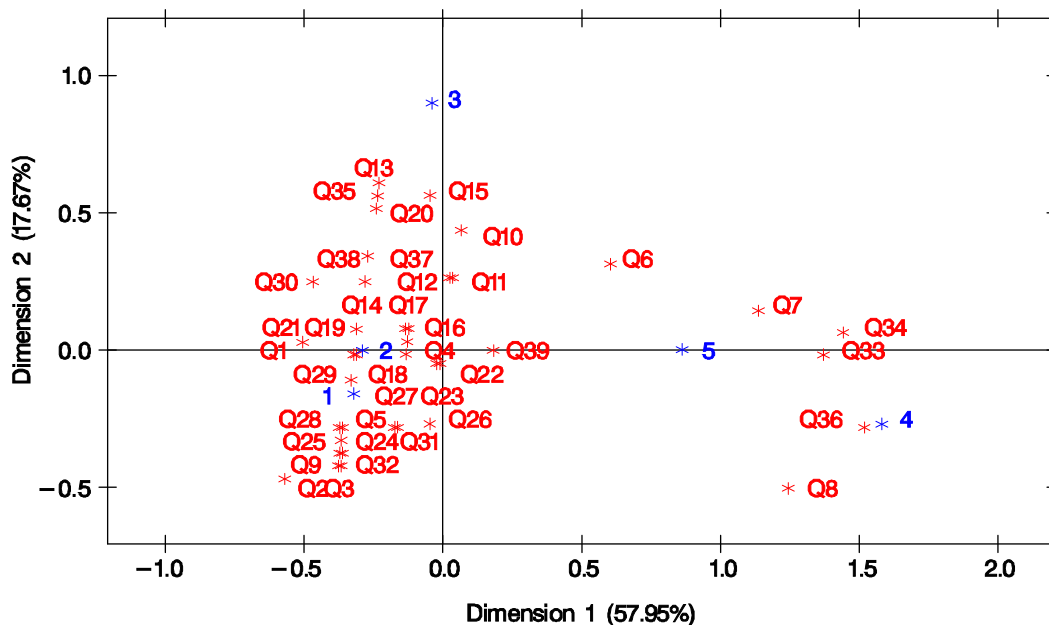


No DRS VIII os CD concordam plenamente com as questões Q5, Q18, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28 e Q31. Concordam que a participação no PMAQ-AB ajudou a melhorar os processos de trabalho (Q5), com maior planejamento a partir do monitoramento dos indicadores (Q23), organização da agenda (Q18), bem como a realização de ações de prevenção do câncer de boca, acompanhamento de gestantes e crianças até cinco anos e realização de atividades em escolas e creches, como no DRS V (Q24, Q25, Q26, Q28) (Figura 4).

Diferentemente dos DRS III e V (Gráficos 1 e 2), os CD dos DRS VIII concordam que o PMAQ-AB estimulou a realização de próteses na AB (Q27) e que os resultados da Avaliação Externa do 2º ciclo foram plenamente discutidos com a equipe (Q31). Discordam totalmente também das questões Q6 e Q33, que afirmam

que não ocorreram mudanças nos processos de trabalho da equipe com a participação no PMAQ-AB e Avaliações Externas (Figura 4).

Figura 4 – Análise de correspondência das variáveis do DRS VIII, da parte 2 do Estudo 2.

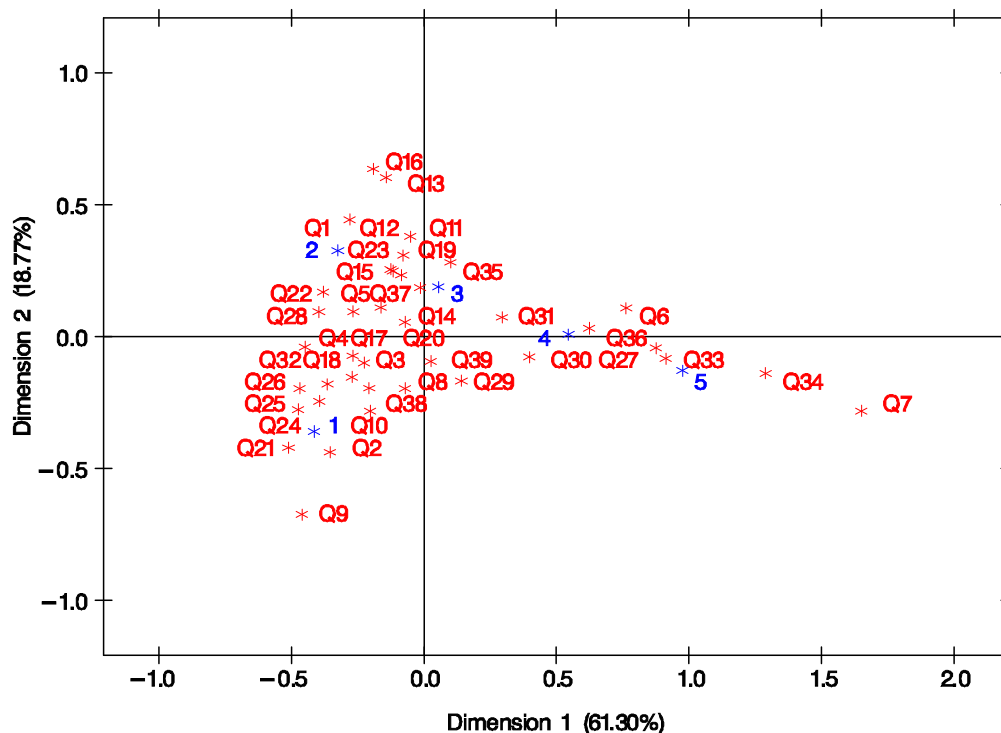


No DRS XIII as questões Q4, Q10, Q17, Q18, Q21, Q24, Q25, Q26, Q38 também foram associadas à maior concordância (Figura 5). Assim como do DRS III (Figura 2), os CD do DRS XVIII concordam que a equipe foi bem esclarecida sobre as propostas e etapas do PMAQ-AB (Q4) (Figura 5). Também, assim como no DRS V (Figura 3), concordam que o PMAQ-AB estimulou o uso dos sistemas de informação e que a equipe ficou mais atenta às suas dificuldades a partir das Avaliações Externas. Como no DRS VIII (Figura 4), concordam que o programa estimulou uma maior organização da agenda.

Além das questões referentes ao processo de trabalho também identificadas nos DRS V e VIII (Q24, Q25 e Q26), os CD concordam que a participação no PMAQ-AB acarretou melhoras na estrutura da unidade de saúde (Q10) e melhor integração entre os membros da equipe (Q17). Discordam totalmente, assim como nos DRS III e V, que o PMAQ-AB estimulou a realização de próteses na AB (Q27) e que os resultados da Avaliação Externa do 1º ciclo foram plenamente discutidos com a equipe (Figuras 2, 3, 4 e 5).

Ainda como no DRS V, discordam que a equipe tenha recebido os resultados e concordado com a nota atribuída e, como no DRS VIII, discordam que nada tenha mudado com a participação no programa (Figuras 3, 4 e 5).

Figura 5 – Análise de correspondência das variáveis do DRS XIII, da parte 2 do Estudo 2.

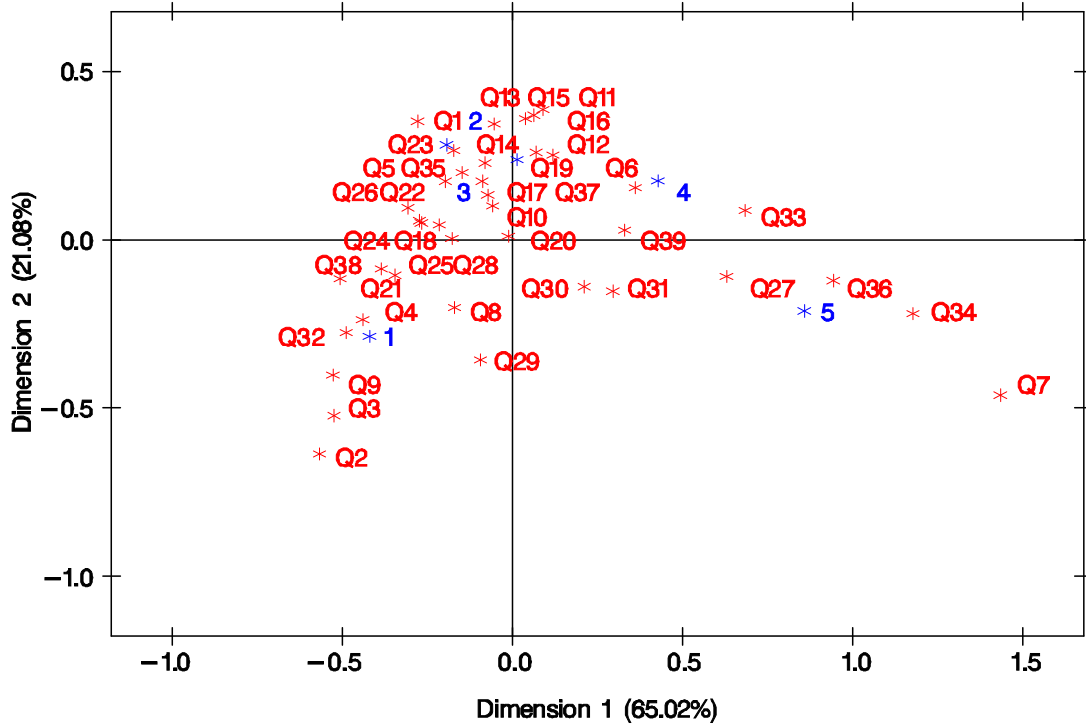


Ao analisarmos o gráfico da RRAS 13 (Figura 6), às questões de maior concordância somam-se as questões Q4, assim como nos DRS III e XVIII; Q8, como no DRS III; Q21, Q25 e Q38, como nos DRS V e XVIII; e Q29, como nos DRS III e VIII. De forma geral, as equipes concordam que foram esclarecidas sobre as propostas e etapas do programa (Q4) e ficaram mais atentas às dificuldades a partir das Avaliações Externas (Q38), no entanto se ressentiram de não ter recebido qualquer investimento financeiro para os membros da equipe (Q8). Concordam ainda que o programa estimulou melhoras nos processos de trabalho relacionados ao uso dos sistemas de informação (Q21), acompanhamento de gestantes (Q25).

Apesar de concordarem que a equipe de saúde bucal recebeu os resultados da avaliação e concordou com a nota atribuída (Q29), discordaram que os resultados das avaliações externas do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB foram plenamente discutidos com a equipe (Q30 e Q31). Também discordam que o programa tenha

estimulado a equipe de saúde bucal para a realização de próteses na unidade básica de saúde (Q27) (Figura 6).

Figura 6 – Análise de correspondência das variáveis da RRAS 13, da parte 2 do Estudo 2.



7 DISCUSSÃO

Nos processos avaliativos voltados, especificamente, à saúde bucal, a literatura tem apontado que só recentemente essa área foi tomada como objeto de pesquisa, com ampla diversidade metodológica e de maneira distante das práticas e serviços de saúde (Colussi; Calvo, 2012). Também é apontada como um direito que vem sendo subtraído dos cidadãos e nesse sentido vem sendo reclamado (Ferri et al., 2007).

As lacunas na avaliação de serviços públicos de saúde bucal dificultam a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, razão pela qual a identificação de aspectos relacionados à estrutura disponível e ao processo de trabalho das ESB são fundamentais para concretizar os princípios do SUS, principalmente em relação à integralidade nas redes de atenção à saúde (Ferri et al., 2007; Bulgareli et al., 2013; Neves et al., 2017).

O SUS, nos seus 30 anos de implantação, possui conhecidos desafios a serem superados, mas há inegáveis avanços ocorridos ao longo de sua trajetória. É importante considerar os ganhos advindos a partir da publicação da PNSB, relacionados à expansão do número de ESB na ESF, na ampliação do acesso a serviços especializados e no maior aporte de recursos públicos direcionados para a área em todo País (Bulgareli et al., 2013). Dados do Ministério da Saúde (2015b) mostram que o número de ESB implantadas passou de 8.951 em 2004, para 24.279 em 2014, ampliando a cobertura populacional de 27% em 2004 para 38% em 2014. Em 2004 foram investidos R\$197,5 milhões, recursos que foram ampliados para R\$ 597,2 milhões em 2014.

No entanto, o acesso aos serviços de saúde bucal continua sendo um grande desafio para o Estado e para a sociedade no Brasil, aprofundando a contradição de um país onde não faltam dentistas, mas onde a população não consegue fazer valer o seu direito de acesso aos cuidados proporcionados por esses profissionais (Narvai, 2006).

Dados da PNAD (2013) mostram que a proporção de pessoas que consultaram dentista no último ano foi de 44%, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções desse indicador (34% e 37% respectivamente), enquanto as maiores foram verificadas nas regiões Sul e Sudeste (52% e 48%, respectivamente), indicando a oferta desigual dos profissionais. No

entanto, de todas as consultas odontológicas realizadas nos 12 meses anteriores, apenas 19% ocorreram no serviço público, indicando uma forte predominância do setor privado e uma baixa participação do setor público.

Ainda nesse sentido, o estudo de Cascaes et al. (2018) mostra que de 2007 a 2014, houve um aumento do número de profissionais no país e regiões, sendo, porém, mais expressivo nos grandes centros e no setor privado. Enquanto o número de clínicos gerais no setor privado cresceu em média 24% ao ano, no setor público foi de apenas 0,5%. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, os autores verificaram uma tendência de estabilidade na relação entre o número de habitantes e a oferta desses profissionais no período do estudo.

Os resultados do presente estudo apontam a necessidade de continuidade dos investimentos na área, ainda insuficientes. O censo realizado no 1º ciclo do PMAQ-AB identificou que das 487 unidades de saúde da RRAS 13, apenas 292 (60%) contavam com ESB (n=323), além de inexistente em 16 dos 90 municípios da RRAS 13. Se considerarmos uma equipe da atenção básica à saúde bucal para cada 3.000 pessoas residentes, a cobertura seria de aproximadamente 27% (3.541.416 habitantes em 2014, segundo estimativa do IBGE). O estudo realizado por Giordani et al. (2017), utilizando os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, identificou que 64% das unidades de saúde no Brasil ofertavam serviços de saúde bucal.

No entanto, o indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal no período estudado, disponibilizado no DATASUS, foi aproximadamente 50%, valor acima da meta estadual definida para o indicador para 2015 (37%) (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2015). A divergência entre os dados do PMAQ-AB e DATASUS pode ser devida a inserção de cirurgiões-dentistas em outros espaços não avaliados no PMAQ-AB, como escolas, centros de especialidades odontológicas, penitenciárias, clínicas modulares, cargos administrativos, entre outros. Ainda assim, indicam a restrição no acesso de grande parte da população dessa região aos serviços públicos de saúde bucal.

A baixa cobertura da saúde bucal também foi identificada no estudo de Fontana et al. (2016), a partir das Avaliações Externas do 2º ciclo do PMAQ-AB do estado de Santa Catarina. Os autores destacam a insuficiência de profissionais de saúde bucal nas equipes, embora seja área indissociável dos demais serviços de saúde ofertados pela AB, ao observarem que 43% dos municípios do estudo não possuíam profissionais da saúde bucal em todas as equipes de Atenção Básica.

A necessidade de continuidade dos investimentos na área também se evidencia ao observar que, das 547 equipes de atenção básica RRAS 13, identificadas no censo do 1º ciclo do PMAQ-AB, apenas 323 (59%) contavam com equipes de saúde bucal. Segundo dados do MS, em 2015, 64% das equipes de Saúde da Família contam com ESB (Ministério da Saúde, 2015b).

Ao analisar a expansão e a implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco de 2002 a 2005, Silva et al. (2011) verificaram que apesar do crescimento do número de ESB, a proporção de ESB/ESF estava abaixo de 50%. No estudo de Moura et al. (2013) realizado em um colegiado gestor regional do estado do Piauí, essa razão foi de 85%. Mattos et al. (2014) estudaram a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em uma microrregião do Estado de Minas Gerais e mostraram que os municípios estudados só constituíram ESB após a Portaria nº 144, o que evidencia a importância dos incentivos financeiros na viabilização da implantação das equipes.

Nos estudos de Faccin et al. (2010) e Bulgareli et al. (2013), os autores identificaram ESB responsáveis por uma população adscrita muito além do recomendado pelo MS e alertam os prejuízos decorrentes, seja no acesso, vínculo e também na adesão ao tratamento odontológico. Nesse estudo, 13% das ESB da RRAS 13 que aderiram ao 2º ciclo atuavam em 2 ESF. No DRS V, 36% atendiam pessoas residentes fora da área de abrangência todos os dias da semana.

Ainda em relação à implantação, segundo dados do Ministério da Saúde (2015b), das 25.365 equipes de saúde bucal implantadas em 2015, 23.041 das ESB eram modalidade I e apenas 2.324 eram modalidade II. Neste estudo, 84% das ESB do 1º e 92% do 2º ciclo eram modalidade I, o que indica a baixa incorporação de TSB nessa região de saúde.

Cabe ressaltar que no 1º ciclo a identificação das modalidades das ESB foram feitas por meio da questão “Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica”, enquanto no 2º ciclo as equipes foram questionadas diretamente sobre “Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de Saúde”. Dessa forma, apenas no 1º ciclo foi possível identificar a existência de equipes incompletas, não compatíveis com as modalidades estabelecidas pelo MS.

Nessa acepção, o estudo realizado por Giordani et al. (2017) a partir dos dados das Avaliações Externas do 1º ciclo, identificou que 9% das ESB no Brasil apresentavam apenas o cirurgião-dentista, configurando um trabalho isolado, o que

sugere a existência de problemas em relação à organização dos recursos humanos nos municípios. Também identificaram baixa incorporação do TSB, destacando que o processo de captação de recursos humanos de saúde bucal em saúde pública precisa ser repensado, considerando que as equipes de saúde bucal de modalidade II podem ser indutoras de melhorias no processo de trabalho em saúde bucal, podendo contribuir para maior resolutividade dos serviços de saúde bucal.

Warmling et al. (2016) afirmam que uma das formas de ampliação do acesso às ações de promoção e prevenção da saúde bucal relaciona-se à incorporação de trabalhadores técnicos de níveis fundamental e médio, que acarreta mudanças na condução e organização do trabalho. Para os autores, o TSB é pouco absorvido nos serviços odontológicos e, quando inserido, limita-se a exercer o papel destinado ao ASB. De acordo com Silva et al. (2011), a maior expansão de ESB modalidade I, em Pernambuco, esteve relacionada à defasagem na formação dos recursos humanos de nível médio na área de saúde bucal, especificamente os TSB.

O predomínio das equipes sem participação de profissionais de nível técnico segue comprometendo a expansão da cobertura na AB (Ministério da Saúde, 2009a; Faccin et al., 2010). Sendo assim, persiste como importante desafio melhorar a proporção de profissionais auxiliares por CD, ainda bastante baixa, e, assim, conseguir avançar para um equilíbrio entre as modalidades de equipes de saúde bucal.

É inegável a importância da expansão do número de ESB, no entanto, isoladamente, não implica na qualificação do cuidado produzido. No estudo de Oliveira et al. (2011), realizado no estado do Ceará, o grande crescimento de ESB implantadas com a inserção na Estratégia de Saúde da Família não foi acompanhado de melhoria dos indicadores de saúde bucal (cobertura de primeira consulta odontológica, razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais).

Estudos mostram que os incentivos financeiros do MS foram um dos principais estimuladores da incorporação das ESB na ESF e implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no entanto, na prática, a inclusão e a rápida expansão não implicaram necessariamente em uma mudança do modelo de atenção (Souza; Roncalli, 2007; Soares et al., 2011; Aquilante; Aciole, 2015).

Neste sentido, estudos apontam para a necessidade de avaliação e monitoramento dos resultados dessa implantação, quanto à organização, provisão dos serviços e à produção de impactos na saúde em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem (Colussi; Calvo, 2012; Mattos et al., 2014).

Um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde está a redução das desigualdades do acesso, sem diferenças no uso dos serviços entre grupos populacionais devido a fatores não relacionados à saúde (Starfield, 2007).

Ainda que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) proponha a disponibilização de horários de atendimento compatíveis às necessidades dos trabalhadores (Ministério da Saúde, 2004b), a maior parte das unidades de saúde da RRAS 13, avaliadas no 1º (88%) e 2º ciclo (84%) do PMAQ-AB, funcionavam apenas nos turnos manhã e tarde, de segunda a sexta, o que sugere barreiras no acesso/acessibilidade aos serviços de saúde bucal de trabalhadores. Da mesma forma, a maioria dos usuários do 2º ciclo respondeu que as ESB atendiam nos turnos manhã e tarde (85%), durante 5 dias na semana (90%).

Apesar de 85% dos entrevistados afirmarem que o horário de funcionamento atendia às suas necessidades, cabe ressaltar que um dos critérios da entrevista eram usuários presentes na unidade de saúde no momento da Avaliação Externa, que por si já constitui um viés no que diz respeito ao acesso. Sobre esse fato, Catanante et al. (2017), ao estudarem as entrevistas dos usuários participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB na RRAS 13, destacam os prejuízos da forma de coleta à vocalização das necessidades da comunidade, considerando que as respostas às entrevistas poderiam ser modificadas substancialmente se tivessem sido feitas de forma aleatória às pessoas na comunidade, em horários em que os trabalhadores estivessem em casa.

Reforça essa afirmativa ao observarmos que, tanto no 1º quanto no 2º ciclo, a maioria dos usuários participantes eram mulheres, de baixa escolaridade e baixa renda, resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos que abordam as características principais dos usuários da AB (Pereira et al., 2012; Guibu et al., 2017; Oliveira et al., 2017).

Segundo Oliveira et al. (2017), a maior presença de mulheres pode ser justificada pelo horário de funcionamento, considerando que na dinâmica de muitas

famílias os homens têm uma maior participação no trabalho extradomiciliar, além da relação das mulheres nos cuidados com a família. A baixa renda e baixa escolaridade pode estar relacionada a implantação da ESF em áreas de maior vulnerabilidade social e maiores chances de adoecimento.

No estudo realizado por Gonçalves et al. (2015), o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, em horário similar ao de trabalho da maioria dos usuários, foi o principal motivo do absenteísmo em consultas odontológicas no município de Piracicaba/SP. No estudo de Caccia-Bava et al. (2011), a restrição do horário foi um dos principais motivos que levaram os usuários com queixas compatíveis com a AB a procurar os serviços de pronto-atendimento em um Distrito de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP. Dessa forma, segundo Mendes Júnior et al. (2015), o funcionamento das unidades de saúde em horários alternativos poderia auxiliar na redução das iniquidades sociais em saúde bucal.

Fontana et al. (2016), ao analisarem as Avaliações Externas do 2º ciclo do PMAQ-AB no estado de Santa Catarina, também alertam para as barreiras no acesso decorrentes dos horários de funcionamento das unidades de saúde ao identificar que nenhum dos municípios do estudo dispunha de horário estendido para atender às necessidades da população. Alertam que a dificuldade de acesso identificada impacta negativamente sobre os fundamentos e diretrizes propostos para a AB, e contribui para o excesso de demanda dos pronto-atendimentos.

Cabe destacar que nesse estudo, além das restrições de acesso acima citadas, foram identificados problemas no acesso aos serviços de saúde bucal: no 1º e 2º ciclo, apenas 29% dos usuários entrevistados na RRAS 13 responderam conseguir marcar atendimento com o cirurgião-dentista da unidade.

Os problemas de infraestrutura estão entre os principais problemas identificados nos serviços de saúde bucal, apontados pelos estudos de avaliação (Colussi; Calvo, 2012). No estudo de Ferri et al. (2007), realizado com usuários de uma unidade de saúde da família de Ribeirão Preto/SP, a ausência de equipamento odontológico foi um dos fatores relacionados a insatisfação dos usuários participantes da investigação.

As características estruturais e ambiência dos consultórios odontológicos foram avaliadas somente no 2º ciclo e apresentavam, em sua maioria, boa iluminação e rede elétrica em condições adequadas. Ainda que 81% apresentassem boa ventilação ou climatização, apenas 51% dispunham de equipamentos de ar

condicionado. Na percepção da maioria dos usuários participantes do 2º ciclo, os consultórios odontológicos estavam em boas condições de limpeza, dispunham de boa ventilação ou climatização e tanto a cadeira odontológica quanto os equipamentos tinham boas condições de uso.

Em 20% dos consultórios foram identificados problemas de acústica. No estudo de Costa et al. (2012), realizado no DRS XV, o compressor de ar estava instalado dentro de cinco dos 34 consultórios odontológicos avaliados. Os autores ressaltam a importância da proteção acústica dada a irreversibilidade dos danos causados à saúde dos profissionais.

Destaca-se que 11% dos consultórios avaliados não permitiam privacidade aos usuários e 5% dos usuários relataram falta de privacidade. A privacidade, fator essencial no ato da escuta e acolhimento, foi apontada no estudo de Faccin et al. (2010) como um problema na estrutura de unidades de saúde de um município do Estado do Rio Grande do Sul, com mais de uma ESB atuando no mesmo espaço, causando desgaste na equipe e comprometendo a relação usuário-profissional.

Em relação aos equipamentos, materiais e insumos, no 1º ciclo, a maior parte dos consultórios possuíam os nove equipamentos e os seis insumos relacionados no PMAQ-AB, exceto autoclave exclusiva para odontologia e selantes, não disponíveis para 46% e 20% das unidades, respectivamente.

No 2º ciclo, com a ampliação de itens relacionados (22 equipamentos, 35 instrumentais e 25 insumos), observa-se que muitas ESB não dispunham de equipamentos e insumos relacionados ao RX odontológico. Outros equipamentos, como jato de bicarbonato, ultrassom odontológico e macro modelo da arcada dentária e escova, importantes para ações preventivas, estavam disponíveis em pouco mais da metade dos consultórios. Dos instrumentais, apesar da disponibilidade para maioria dos itens listados, observa-se que poucas equipes possuem aqueles relacionados à confecção de próteses e endodontia. No DRS V, soma-se que 22% das equipes não dispunham de anestésico sem vasoconstritor ou selantes em quantidade suficiente. Na percepção dos profissionais da RRAS 13, a participação no PMAQ-AB foi indiferente no que se refere a adequação na estrutura e dos insumos das unidades.

Pimentel et al. (2014) analisaram a estrutura e as ações realizadas pelas ESB em municípios do estado de Pernambuco e mostraram que a maioria dispunha de equipamentos, instrumentais e materiais de consumo, exceto aparelhos de raio X,

disponíveis para apenas 11%. Segundo Cantanhede et al. (2013), a região Sudeste concentra o maior percentual de equipamentos de raios X odontológicos em unidades de saúde públicas. Os autores enfatizam que a disponibilidade do exame radiográfico no serviço odontológico público possibilita um planejamento clínico mais eficiente e seguro, além da ampliação da oferta de tratamentos conservadores.

Lorena Sobrinho et al. (2015) avaliaram as Unidades Básicas de Saúde com ESB participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB em Pernambuco e mostraram a ausência de equipamentos para a realização de procedimentos odontológicos restauradores, como amalgamadores e fotopolimerizadores, em, respectivamente, 17% e 12% das unidades de saúde. Identificaram ainda a falta de insumos, que limita a realização de alguns procedimentos clínicos.

Limão et al. (2016), ao analisarem as unidades de saúde das 16 regionais de saúde do Estado da Paraíba por meio do 1º ciclo do PMAQ-AB, apontam que a reduzida quantidade de alguns equipamentos e insumos odontológicos identificada pode comprometer a oferta de atenção integral em saúde bucal e ressaltam que a AB ainda enfrenta dificuldades quanto à estrutura para atenção odontológica. Neves et al. (2017), também por meio do 1º ciclo, mostram que insumos relacionados à realização de procedimentos odontológicos preventivos estavam disponíveis para a maioria das ESB do país.

Cabe ressaltar que a avaliação externa proposta pelo PMAQ-AB não é capaz de identificar a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos e/ou falta de manutenção de equipamentos danificados, citados em estudos (Baldani et al., 2005; Santos et al., 2007; Faccin et al., 2010; Lorena Sobrinho et al., 2015; Mendes Júnior et al., 2015; Reis et al., 2015) como os principais fatores que dificultam a execução das ações clínicas.

Análises realizadas acerca dos instrumentos de avaliação do PMAQ-AB apontaram seu foco privilegiado nos aspectos da estrutura, muito mais do que nos do processo e resultado (Macinko et al., 2017). Embora a relação entre a estrutura dos serviços de saúde e seus efeitos seja complexa e envolva diversos fatores, é preciso valorizar seus componentes na avaliação e gestão dos serviços, na sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população (Vieira da Silva, 2014).

Merhy et al. (2003) alertam que, apesar da importância de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), o que se aplica amplamente para o atendimento clínico

odontológico, um serviço produtor do cuidado requer que o processo de trabalho valorize fortemente as tecnologias leves (tecnologias das relações) e leve-duras (conhecimentos técnicos já consolidados). Souza e Roncalli (2007) alertam que o modelo centrado em "tecnologias duras", historicamente determinado, encontra dificuldades para oferecer à população o uso de "tecnologia leves" na organização do trabalho em saúde.

Os processos organizacionais da AB variam muito entre os municípios brasileiros, sendo que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde refletem nessa pluralidade, mesmo com forte indução do governo federal. Os desafios para consolidação da PNAB estão relacionados com a melhoria dos processos assistenciais nesse nível de atenção, bem como as condições de integração da AB à rede de serviços de saúde (Fausto et al., 2014).

No Módulo II do 1º ciclo, as questões sobre a saúde bucal estavam restritas às subdimensões: Atenção à saúde bucal e Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese. Outras questões que envolvem a área estavam inseridas em subdimensões direcionadas ao respondente do Módulo II, que não foi necessariamente um dos profissionais da ESB.

Desta forma, as questões referentes à formação e qualificação dos profissionais da ESB, respondidas no 2º ciclo do PMAQ-AB e no questionário enviado, mostram que a maior parte dos profissionais entrevistados era concursado (78% e 88% respectivamente). No entanto, os resultados do 2º ciclo indicam a fragilidade do vínculo empregatício no DRS VIII, com menos da metade dos respondentes concursados e apenas 15% possuíam plano de carreira. Os resultados do questionário mostraram que, ainda que a maioria dos profissionais cumprissem jornada semanal de 40 horas, mais da metade possuíam também consultório particular.

As relações de trabalho dos profissionais com os municípios foram abordadas em diversos trabalhos (Souza; Roncalli, 2007; Lourenço et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Mattos et al., 2014). Baldani et al. (2005) mostraram que no Estado do Paraná, 38% dos odontólogos foram contratados de maneira informal. Nos estudos de Lourenço et al. (2009) e Mattos et al. (2014) realizados no Estado de Minas Gerais, 67% das equipes participantes relataram que as contratações eram realizadas por credenciamento, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contrato temporário ou de prestação de serviços, entre outras formas.

Para Souza e Roncalli (2007), as contratações informais e precárias, muitas vezes sem critérios ou concursos, favorecem as práticas clientelistas e instabilidade no emprego. Lourenço et al. (2009) afirmam que estes tipos de vínculos, além de não resguardarem os direitos trabalhistas dos profissionais, fazem com que estes fiquem à mercê das mudanças políticas. Pesquisas atribuem a fragilidade das contratações à alta rotatividade dos profissionais, fato que pode dificultar fortemente o estabelecimento do vínculo e da integralidade do cuidado (Munkeviz; Pelicioni, 2010; Rodrigues et al., 2011, Porto, 2018).

No presente estudo, a rotatividade dos profissionais se evidencia ao observarmos que 21% dos usuários do 2º ciclo afirmaram que nem sempre eram atendidos pelo mesmo dentista. O estudo de Porto (2018), realizado no DRS III com o objetivo de identificar os avanços e as dificuldades auto referidos pelas equipes que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB, reforça esse fato ao identificar que 20% das EAB não participaram do estudo por mudança de profissionais na composição da equipe. Segundo o autor, além do vínculo, a alta rotatividade dificulta a continuidade de processos avaliativos e efetividade das suas propostas para melhoria, considerando o caráter cíclico do PMAQ-AB.

De acordo com Mattos et al. (2014), o vínculo pode também ser dificultado quando não há a permanência do profissional no serviço. No estudo realizado em uma região do estado de Minas Gerais, os autores mostraram que 46% dos odontólogos participantes contratados por 40 horas semanais relataram não cumprir a carga horária. Na investigação de Moura et al. (2013), apenas 27% dos odontólogos de um colegiado gestor do estado do Piauí trabalham os cinco dias da semana. Estudos relacionam o não cumprimento da carga horária à baixa remuneração ou ainda por não residirem no município onde trabalham (Baldani et al., 2005; Souza; Roncalli, 2007; Lourenço et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Moura et al., 2013; Mattos et al., 2014).

Rodrigues et al. (2011), ao estudar a organização do trabalho da ESB na ESF em um município do semiárido baiano, afirmam que a precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva, abrem caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o sistema. Nesse sentido, a alta rotatividade e ausência de profissionais em unidades de saúde apontam para a necessidade da efetiva vinculação do trabalhador ao SUS, para que faça parte de

uma construção coletiva como sujeito ativo e corresponsável pela gestão do sistema.

Tanto o 2º ciclo do PMAQ-AB, quanto o questionário, mostraram que a maioria dos profissionais possuía ou estava cursando pós-graduação em Saúde da Família/Pública/Coletiva. Ainda que a maioria atuasse na Estratégia de Saúde da Família, 34% afirmaram não ter participado de capacitação. Ao serem questionados se a participação no PMAQ-AB estimulou a realização de cursos de qualificação profissional, para os profissionais dos DRS V e VIII foi indiferente, enquanto do DRS III discordaram parcialmente e do DRS XIII concordaram parcialmente.

No estudo de Lourenço et al. (2009), realizado com as equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família do estado de Minas Gerais, 49% dos cirurgiões-dentistas afirmaram nunca ter participado de pelo menos um curso sobre ESF. Faccin et al. (2010) mostraram que em um município do estado do Rio Grande do Sul, a inserção da SB na ESF representou apenas uma mudança contratual, sem propostas de mudanças no processo de trabalho, nem capacitação sobre o tema aos profissionais.

Segundo Rodrigues et al. (2011), a responsabilidade no preparo dos profissionais que atuam na ESF é individualizada no próprio sujeito da prática. Para os autores, as práticas de saúde bucal na ESF teriam que se basear na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e na experimentação da alteridade com os usuários, sendo necessário compartilhar entre gestores e profissionais a responsabilidade em preparar as equipes de acordo com as demandas e necessidades dos trabalhadores e usuários do SUS. Para Moura et al. (2013), o fato de 36% dos CD de uma região de saúde do estado do Piauí não terem recebido qualquer capacitação, reduz a oportunidade do profissional iniciar o trabalho de forma diferenciada e instruído adequadamente.

As questões relacionadas à educação permanente, apoio institucional, planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho e matriciamento também foram direcionadas aos profissionais de saúde bucal apenas no 2º ciclo.

A Educação Permanente em Saúde foi concebida como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, tendo como foco o processo de trabalho em saúde, local de encontro, de troca de saberes que, ao promover o diálogo entre as políticas públicas e a singularidade dos lugares e das pessoas,

valoriza o potencial educativo do trabalho com possibilidade de recomposição das práticas de saúde. Baseada em um conceito pedagógico para trabalhadores da saúde, busca a qualificação da gestão, da atenção e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional, atribuindo-lhe uma característica dialética e geradora de autonomia, justificando assim a necessidade de que os aspectos metodológicos que a suportam sejam bem definidos e rompam com os paradigmas reducionistas fortemente arraigados nessa área de atuação (Machado et al., 2015).

No presente estudo, a maioria das ESB participantes do 2º ciclo respondeu que são ofertadas ações de Educação Permanente para todos os membros da equipe de saúde bucal. No entanto, para 37%, essas ações não contemplam as demandas e necessidades dos profissionais. Os resultados do questionário mostram que a participação no PMAQ-AB foi indiferente na adequação das atividades de educação permanente para a equipe.

Machado et al. (2015) analisaram as ações de Educação Permanente a partir dos dados das Avaliações Externas do 1º ciclo do estado do Mato Grosso do Sul. A maior parte das equipes de atenção básica (93%) afirmaram que no município foram desenvolvidas ações de Educação Permanente, mas, para 22%, as ações não contemplam as necessidades dos profissionais. Assim como no presente estudo, as ações mais citadas fora cursos presenciais, que, segundo os autores, são resultados que embora não possibilitem identificar as configurações conceitual e metodológica utilizadas, indicam que a essência e a complexidade da proposta da EPS, possivelmente, não tenham sido aprofundadas o suficiente para uma mudança de paradigma.

Para Rodrigues et al. (2011), os profissionais de saúde bucal da ESF ainda se baseiam no modelo flexneriano, com frágil organização de uma política de Educação Permanente para o SUS, constituindo-se em um dos maiores entraves para sua qualificação e vinculação ao sistema, em descompasso com a interação de saberes e práticas integrais e humanizadas.

O apoio matricial em saúde tem o objetivo de oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, na busca conjunta de uma abordagem integral (Campos; Domitti, 2007). Para os respondentes do questionário, o PMAQ-AB foi indiferente na adequação do matriciamento para a ESB. No DRS III, apesar de discordarem parcialmente dessa afirmativa, foram os

que, no Módulo VI, apresentaram a maior proporção de equipes que recebiam apoio do NASF e CAPS.

No 1º ciclo, 91% das equipes de atenção básica responderam receber apoio de profissionais de pelo menos uma especialidade odontológica. No 2º ciclo, as ESB foram questionadas sobre receber apoio de outros núcleos profissionais na resolução de casos complexos. No entanto, duas das seis possibilidades de resposta incluíam especialidades odontológicas (CEO e outros centros/políclínicas de especialidades). Na sequência foram questionadas em quais as especialidades a ESB recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou apoiar na resolução de casos mais complexos, sendo as alternativas de respostas exclusivamente de especialidades odontológicas, o que acarreta uma compreensão equivocada sobre o sentido do matriciamento e indica a necessidade de rever essa subdimensão do instrumento.

Fontana et al. (2016) afirmam que, no âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde possui papel estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes, sendo fundamental a implantação de mecanismos que monitorem as condições necessárias para sua execução, uma vez que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de suporte administrativo, da adequação de estrutura e organização das ações consoantes com os princípios do SUS.

Uma das fragilidades indicadas nos resultados do 2º ciclo se refere ao planejamento das ações e ao apoio e fornecimento de informações por parte da gestão para tal. Apesar disso, a maior parte das ESB realizou a autoavaliação utilizando o instrumento AMAQ e afirmaram ter recebido apoio da gestão, além de considerar os resultados na organização do processo de trabalho. Para a maior parte dos respondentes do questionário, o PMAQ-AB estimulou o uso dos sistemas de informação, bem como o planejamento a partir das autoavaliações e do monitoramento dos indicadores.

No entanto, consideram que a adesão ao programa foi indiferente em relação ao apoio ofertado pela gestão local e discordam totalmente que a ESB tenha recebido apoio institucional para superar as dificuldades identificadas na avaliação externa. Esses achados podem indicar a capacidade do programa para qualificar essas práticas e a importância de um maior envolvimento da gestão.

Em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº 17 evidenciou a necessidade de reorganização da atenção básica em saúde bucal, considerando o planejamento em

saúde, monitoramento e avaliação, processo de trabalho em equipe, organização da demanda e campo da Atenção na Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2006a). Souza e Roncalli (2007) destacam que o cumprimento dos princípios éticos do SUS, como a universalidade e equidade, requer das equipes de saúde bucal o conhecimento de sua realidade local e da sua comunidade adstrita.

O planejamento possibilita organizar as ações e serviços de saúde de acordo com a realidade local e com os principais problemas e necessidades da população. Para subsidiar o planejamento o MS recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco, que devem ser acompanhados utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes (Ministério da Saúde, 2006a).

Estudos mostraram que essas práticas realizadas pelas ESB ainda são incipientes (Almeida; Ferreira, 2008; Lourenço et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Pimentel et al., 2010; Rodrigues et al., 2011; Pimentel et al., 2012). No estudo de Souza e Roncalli (2007), as avaliações das ações eram realizadas principalmente pelos gestores, sem compartilhar as análises, resultados e possibilidades de mudanças com os profissionais do serviço. Os autores ressaltam a fragilidade das fontes utilizadas para avaliação, pelas limitações dos sistemas de informação e registros incorretos, além de poucos indicadores específicos para a saúde bucal.

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, é feito por meio da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, buscando garantir o acesso oportuno a tecnologias adequadas às necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

No 1º ciclo, 58% das equipes de atenção básica com o acolhimento implantado relataram a participação da ESB nesse processo. Entretanto 94% das ESB afirmaram existir acolhimento específico à demanda espontânea para a saúde bucal. Ainda no 1º ciclo, chama a atenção que 43% dos usuários participantes, que tiveram algum problema de urgência na boca, não procuraram atendimento. No 2º ciclo, ainda que 89% das ESB tenham relatado que as agendas de atendimento clínico garantiam consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda, 34% dos usuários afirmaram não serem escutados caso procurassem o atendimento odontológico sem hora marcada. No que se refere aos usuários, destaca-se ainda que os respondentes já são os que haviam, anteriormente, passado por consulta

odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal da unidade de saúde onde foram entrevistados.

Estes resultados indicam existência de “acolhimentos” distintos dentro de uma mesma unidade de saúde, distanciando os usuários da saúde bucal dos demais processos vividos pela unidade de saúde, bem como barreiras no acesso dos usuários. Também nesse contexto, os baixos valores encontrados no indicador “Média de atendimento de urgência odontológica por habitante” não sugerem a prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular, e sim a baixa capacidade de acolhimento desses casos.

Segundo Freire et al. (2008), a falta de preparo dos profissionais que realizam o acolhimento contribui para a centralização do atendimento na consulta médica, mantendo a fragmentação do cuidado do modelo assistencial privatista da divisão por especialidade e por disciplina. Nesse sentido, estudos apontam que a integração da ESB com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto apresentou avanços, mas ainda representa um dos maiores desafios para a saúde bucal (Baldani et al., 2005; Lourenço et al., 2009; Faccin et al., 2010; Pimentel et al., 2012; Moura et al., 2013; Mattos et al., 2014; Aquilante; Aciole, 2015).

A interdisciplinaridade busca uma abordagem ampliada do processo saúde-doença por meio da interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, ressaltada pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde (Araújo; Rocha, 2007). De acordo com Moura et al. (2013), a multiprofissionalidade presente na estratégia saúde da família, não garante interdisciplinaridade, pois, apesar de compartilharem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, não havendo o encontro dos saberes.

Para Baldani et al. (2005) e Lourenço et al. (2009) a inserção tardia da saúde bucal, somente após seis anos da implantação da Estratégia Saúde da Família, acarretou uma série de dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da Estratégia Saúde da Família. Outros fatores relacionam-se à falta de vivência de equipe na formação profissional, com valorização extrema do desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe (Lourenço et al., 2009; Pimentel et al., 2012; Mattos et al., 2014).

Faccin et al. (2010) afirmam que a diferenciação na organização do processo de trabalho em relação aos demais membros da equipe, a organização da demanda em separado, a tradicional atuação do CD em atividades coletivas nas escolas e as próprias políticas ministeriais reforçam a diferenciação entre ESB e equipe de Saúde da Família.

A falta de integração é reforçada neste estudo ao observarmos que, tanto no 1º quanto no 2º ciclo, pouco mais da metade das ESB utilizavam a agenda compartilhada com a equipe de atenção básica. No 2º ciclo, 27% das equipes não participavam ou participavam esporadicamente das reuniões de equipe e pouco mais da metade das ESB armazenavam as fichas clínicas odontológicas no prontuário da família, com destaque à, ainda, expressiva organização dos prontuários por números ou individuais por ordem alfabética. Ainda que, na percepção dos CD desse estudo, a participação no PMAQ-AB tenha sido indiferente na organização dos prontuários por núcleos familiares, afirmam que o programa desencadeou uma maior integração entre os membros da equipe.

A fragmentação do cuidado também foi observada na atenção ao pré-natal e puerpério. No 1º ciclo, apenas 35% das EAB responderam que era realizado o registro sobre consultas odontológicas no acompanhamento das gestantes. No entanto, no 2º ciclo, observa-se que a maioria das ESB realizavam o acompanhamento das gestantes por meio de consultas, reforçado pelo indicador de Cobertura de primeira consulta odontológica à gestante, que passou de 25% em 2011 para 67% em 2014. Também, na percepção dos dentistas, a participação no PMAQ-AB estimulou a equipe de saúde bucal para o acompanhamento odontológico das gestantes.

Esses achados indicam, assim, que ainda que as ESB realizassem o cuidado das gestantes, esse era desvinculado ao cuidado prestado pela equipe de atenção básica, sendo importante a reflexão sobre a fragmentação e verticalização dos programas instituídos. Para Caccia-Bava e Almeida (1998), os serviços e saberes profissionais específicos, atuando de forma desarticulada e isolada entre si, segmenta o paciente entre biológico/social, físico/mental, individual/coletivo, preventivo/curativo e recorta seus problemas em e nos programas, sendo a integralidade, de forma frágil, presente apenas como somatória desses fragmentos.

Outros estudos também apontaram a importância do trabalho em equipe na atenção ao pré-natal. Esposti et al. (2015) analisaram o acesso ao cuidado pré-natal

a partir das representações sociais de usuárias do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória/ES. A maioria das mulheres relatou a indisponibilidade de cuidado odontológico e que não sabia ou não foi informada quanto à necessidade de cuidado odontológico durante a gestação, tampouco o recebeu, inclusive entre aquelas que tiveram o mínimo de consultas pré-natais.

Ainda assim, é importante destacar que estudos como o de Codato et al. (2009), realizado em Londrina/PR, mostram que a busca pela atenção odontológica como ação complementar ao pré-natal é mais comum dentre aquelas gestantes que realizaram pré-natal no SUS, quando comparadas com aquelas que realizaram esse cuidado no serviço privado. Os autores destacam a necessidade de educação em saúde bucal para a desmistificação de que a atenção odontológica não deva ser realizada durante a gestação, além da incorporação gradativa de novos conhecimentos e práticas de saúde bucal pelos profissionais da área.

No que diz respeito à organização da demanda clínica, o Ministério da Saúde (2006a) afirma que o agendamento deve estar pautado nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência e/ou de influência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal. No entanto, estudos mostram o que estes critérios são pouco utilizados, além da reprodução do modelo tradicional de posto de saúde, com agendamento por livre demanda (Lourenço et al., 2009; Pimentel et al., 2012) ou vários pacientes agendados no mesmo horário, com sistema de ordem de chegada (Rodrigues et al., 2011).

No 1º ciclo, os resultados mostraram que a maior parte das ESB realizavam avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento, com oferta definida a partir do risco identificado. No 2º ciclo, 85% das equipes possuíam agendas organizadas para ofertar atividades de educação em saúde bucal, sendo 96% das do DRS III.

Contudo, os resultados das avaliações externas do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB apontam barreiras no acesso relacionadas a organização da demanda clínica, ao identificar que, ainda que a maior parte das equipes garantisse agenda para continuidade do tratamento, 30% e 24% das equipes, respectivamente, tinham dias ou horários específicos para agendamento das consultas iniciais.

A necessidade de organização da demanda para qualificação do acesso também é identificada pela voz dos usuários. Apesar de 64% dos respondentes do 2º ciclo afirmar que a consulta tinha hora marcada, para 31% ocorriam por ordem de chegada. Assim também, a agenda para continuidade do tratamento não era percebida por aproximadamente 20% dos usuários do 1º e 2º ciclo, ao responderem sair da consulta sem retorno marcado.

Destaca-se também que o tempo de espera para consulta com o CD relatado pela maioria dos usuários participantes do 1º e 2º ciclo foi de 2 a 15 dias. No entanto, 28% do 1º ciclo e 39% do 2º ciclo, responderam que a consulta é agendada para o mesmo ou o próximo dia. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Casotti et al. (2014), no qual os maiores percentuais de tempo de espera estavam em até quinze dias, fato que, segundo os autores, pode estar associado à preponderância do atendimento baseado na lógica de demanda espontânea, em face da lógica programada.

Essa barreira também se evidencia nos indicadores, ao observar que, apesar do aumento de cobertura de primeira consulta odontológica programática observado entre 2011 e 2014, apenas 4,8% da população cadastrada na RRAS 13 teve acesso ao tratamento odontológico desenvolvido pelas ESB em 2014. Ainda assim, na percepção dos CD desse estudo, a participação no PMAQ-AB desencadeou melhorias na organização da agenda da equipe de saúde bucal, de forma a garantir consultas de demanda espontânea, agendamentos e atividades de educação em saúde, sendo que os profissionais dos DRS VIII e XIII foram os que mais concordaram com essa afirmativa.

Para a organização da demanda, a visita domiciliar se destaca como um recurso útil para as ESB, quando utilizada com objetivos definidos, como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde-doença e a presença do profissional in loco traz benefícios para a compreensão da realidade do usuário. É importante para o estabelecimento ou fortalecimento do vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento (Aquilante; Aciole, 2015). A visita domiciliar também pode ser utilizada para intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a Unidade de Saúde da Família (USF), considerando-se, neste caso, a disponibilidade de equipamentos adequados (Faccin et al., 2010).

Estudos apontam que as visitas domiciliares ainda não foram adequadamente incorporadas na rotina das ESB, sendo realizadas com periodicidade variada e independente de sua necessidade ou apenas quando solicitadas pelo agente comunitário de saúde. Apontam como obstáculos a prioridade que cada equipe particularmente confere à atividade, a alta demanda por atendimentos clínicos, a disponibilidade de veículos para conduzir os profissionais e o equacionamento de que profissionais devem participar da visita. (Almeida; Ferreira, 2008; Rodrigues et al., 2009; Rodrigues et al., 2011; Moura et al., 2013).

No estudo realizado por De-Carli et al. (2015), sobre o processo de atenção domiciliar nas Equipes de Atenção Básica que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB, mostra que aproximadamente metade dos profissionais da saúde bucal não realiza cuidado domiciliar, com resultados bem inferiores em relação aos demais profissionais pesquisados (enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem). Para os autores, contribuem para esses achados o fato das visitas domiciliares como atribuição da ESB não estar explicitada na PNAB, somada a fragmentação do cuidado.

No presente estudo, os resultados do 1º e 2º ciclo mostram que 26% e 23%, respectivamente, das ESB da RRAS 13 não realizavam o cuidado domiciliar. No 2º ciclo, ao explorar mais, mostra que, das equipes que realizavam, apenas 61% utilizavam protocolo com definição de situações prioritárias. As visitas eram, em sua maioria, para orientações de higiene oral e consultas de idosos e/ou com doença crônica domiciliado. Procedimentos clínicos eram realizados por 37% das equipes, sendo a maior proporção nas equipes do DRS III (35%) e a menor nas do DRS VIII (8%).

A definição do campo da prática das equipes de saúde bucal na AB extrapola os limites da boca, o que exige na composição ações intersetoriais, de prevenção, promoção e assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2006a). A intersetorialidade pode ser compreendida como uma articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (Ministério da Saúde, 2010a). Uma das características do processo de trabalho das ESB é desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, identificando parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações (Ministério da Saúde, 2012a).

Nesse estudo, tanto no 1º ciclo quanto no 2º ciclo foi possível identificar que a maior parte das ESB realizavam atividades em escolas e creches. Para os profissionais, o PMAQ-AB estimulou a equipe para a realização de atividades em escolas e creches.

Considerando que escolas e creches podem ser um dos espaços para o desenvolvimento das ações de escovação dental supervisionada, o indicador relacionado poderia contextualizar os achados do presente estudo. Cabe ressaltar ainda que o cálculo do indicador “Média da ação coletiva de escovação supervisionada” é diferente para o COAP e PMAQ-AB. Enquanto no COAP o cálculo considera o número médio mensal de residentes que participaram de ação registrados no SIA-SUS e a população total de acordo com o IBGE, no PMAQ-AB o cálculo considera o número anual de participantes e a população cadastrada, registrados no SIAB, a partir da ficha PMAComplementar. Sendo assim, esperava-se que o indicador do PMAQ-AB apresentasse maiores valores.

No entanto, assim como no estudo de Mendes Júnior (2015), que buscou avaliar as necessidades identificadas pelos CD da AB para o cumprimento dos indicadores de SB do PMAQ-AB no município de Fortaleza/CE, foram observados quantitativos diferentes dos procedimentos que são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação da Atenção Básica, sendo a produção informada no SIAB menor que a informada no SIA. Nesse mesmo estudo, apenas 26% dos entrevistados souberam informar o local correto para o registro da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Cabe ressaltar que as práticas desenvolvidas no espaço escolar devem ser analisadas com cautela. Estudos apontam que existe uma falta de entendimento do real sentido da intersetorialidade em saúde, se resumido às práticas desenvolvidas nas escolas (Souza; Roncalli, 2007; Moretti et al., 2010; Pimentel et al., 2012; Mattos et al., 2014), sendo essas voltadas a palestras, a aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada (Santos; Assis, 2006; Souza; Roncalli, 2007; Almeida; Ferreira, 2008; Cunha et al., 2011; Aquilante; Aciole, 2015; Mendes Júnior et al., 2015).

No estudo de Souza e Roncalli (2007), os autores alertam que essas ações são resquícios da saúde escolar e que parecem ser incorporadas à prática sem critérios e sem controle de sua eficácia e comprometem a universalidade do cuidado em saúde bucal. Para os autores, mais importante do que desenvolver ações

coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas que apontem sua efetividade, e não simplesmente para instituir um "pacote preventivo".

Em relação ao câncer de boca, as avaliações externas do 1º e 2º ciclo mostram que a maioria das ESB realizavam ações de prevenção e detecção do câncer de boca e possuíam referência para encaminhar os casos suspeitos e/ou confirmados, no entanto, aproximadamente metade comprovaram registrar e acompanhar os casos. Cabe destacar ainda que, no 2º ciclo, apenas 17% das equipes do DRS VIII registravam os casos suspeitos e/ou confirmados e 60% desconheciam algum caso no território. Apesar dos profissionais considerarem que o PMAQ-AB estimulou a equipe de saúde bucal a realizar ações de prevenção e detecção do câncer de boca, o número de casos registrados passou de 721 em 2011 para 58 em 2014.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (c1996-2018), os cânceres de lábio e cavidade oral são o quinto tipo mais incidente entre homens e o 12º mais incidente entre mulheres (excluído o câncer de pele não melanoma), sendo estimados, para 2018 a ocorrência de 14.700 novos casos das doenças no Brasil. Torres-Pereira et al. (2012) afirmam que o câncer da boca permanece como um problema de Saúde Pública em que, apesar do avanço científico sobre a doença, tal conhecimento não consegue ser traduzido em ações que impactem positivamente os indicadores epidemiológicos de incidência e morbimortalidade.

Para Noro et al. (2017), a formação dos CD tende a se concentrar mais em práticas curativas e muitas vezes não são adequadamente preparados para um trabalho preventivo satisfatório, causando assim atitudes errôneas no reconhecimento de lesões precoces e, conseqüentemente, perdendo a oportunidade de um tratamento mais conservador e uma potencialidade de cura mais ampla.

O enfoque curativo, que impacta negativamente no modelo de atenção proposto na Estratégia de Saúde da Família, é uma fragilidade frequentemente apontada nos estudos (Baldani et al., 2005; Santos; Assis, 2006; Souza; Roncalli, 2007; Almeida; Ferreira, 2008; Lourenço et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Faccin et al., 2010; Rodrigues et al., 2011; Silva et al., 2011; Moura et al., 2013; Reis et al., 2015; Aquilante; Aciole, 2015; Mendes Júnior et al., 2015).

A continuidade da centralização em práticas clínicas não é relacionada apenas à formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica (Baldani et al., 2005;

Souza; Roncalli, 2007; Almeida; Ferreira, 2008; Silva et al., 2011; Aquilante; Aciole, 2015), mas também a falta de capacitação sobre a ESF (Lourenço et al., 2009; Faccin et al., 2010; Rodrigues et al., 2011; Moura et al., 2013; Reis et al., 2015) e ESB com populações adscritas muito além do recomendado pelo MS, repercutindo na falta de acesso e no desgaste dos profissionais (Faccin et al., 2010).

Outros estudos relacionam também à demanda reprimida na área de saúde bucal a que a população foi submetida ao longo da história (Baldani et al., 2005; Santos; Assis, 2006; Lourenço et al., 2009; Rodrigues et al., 2009; Silva et al., 2011; Moura et al., 2013; Aquilante; Aciole, 2015; Mendes Júnior et al., 2015).

No presente estudo, tanto os resultados das avaliações externas do 1º quanto o 2º ciclo mostram as ESB realizavam a maior parte dos procedimentos listados. No 2º ciclo, com a ampliação dos procedimentos elencados, observou-se que poucas equipes realizam remoção de cistos, remoção de dentes impactados e frenectomia, possivelmente por esses serem realizados na atenção secundária. Tal fato é reforçado ao observar que esses três procedimentos, somado a sutura de ferimento por trauma, não constam nos procedimentos do cirurgião-dentista da Ficha e-SUS (Ministério da Saúde, 2013e).

Apesar desses resultados não serem suficientes para identificar o modelo de atenção desenvolvido, eles indicam que, à despeito das fragilidades acima abordadas, a prática clínica não aparece como um problema. Contextualizando esses achados, o indicador de exodontias em relação ao total de procedimentos clínicos pode refletir a priorização das ações em curativas, preventivas ou cirúrgicas, sendo que o melhor desempenho, observado no período do presente estudo, poderia estar relacionado à mudança no enfoque assistencial.

No entanto, houve pouca alteração em relação a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, o qual mostra que, no período estudado, menos da metade dos usuários que iniciavam o tratamento, o concluíam. Também, nesse sentido, observa-se que pouco mais da metade das ESB participantes do 2º ciclo realizavam o tratamento concluído (TC) para todos atendidos, sendo que uma equipe do DRS XIII (2%) respondeu nunca o realizar.

Ainda que o valor do indicador de exodontias em relação ao total de procedimentos clínicos observado em 2014 (3,5%) estivesse menor que o pactuado para o Estado de São Paulo para 2015 (4%) (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2015), cabe ressaltar que o procedimento “Exodontia múltipla”, por ser

calculado por sextante, pode interferir no resultado real do indicador, subnotificando o número de elementos dentais extraídos. Soma-se a isso a relação de procedimentos clínicos usada no denominador, que inclui procedimentos cirúrgicos, endodônticos e periodontais realizados por especialistas. No e-SUS, o procedimento “Exodontia múltipla” já não está presente na relação de procedimentos (Ministério da Saúde, 2013e).

Os reflexos de um modelo assistencial centrado nos procedimentos curativos, que contribuem para a construção de uma odontologia mutiladora, podem ser vistos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010). Apesar da tendência de declínio da cárie dentária, ainda que com marcantes diferenças regionais e, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos ainda é significativo (Roncalli, 2011). Os resultados da pesquisa mostraram que 69% dos adultos e 93% dos idosos necessitavam de algum tipo de prótese dentária, indicando que o acesso à prótese dentária ainda é muito limitado e insatisfatório para atender à demanda acumulada existente (Ministério da Saúde, 2011a).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inclui da reabilitação protética na AB e para isso propõe a implantação dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR), com a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária e capacitação de Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) para ampliar o acesso, que até então estavam inseridos nos serviços especializados (Ministério da Saúde, 2004b). O número de LPDR passou de 676 em 2010 para 1.955 em 2014, com a confecção de 600.196 próteses dentárias (Ministério da Saúde, 2015a).

A inclusão da reabilitação protética na AB tem gerado grande discussão (Mendes Júnior et al., 2015), referida em alguns estudos como responsabilidade da atenção secundária (Munkevitz; Pelicioni, 2010; Aquilante; Aciole, 2015). Mendes Júnior et al. (2015) mostraram que a realização desse procedimento na ESF não tem sido garantida por todos os profissionais, que relatam dificuldades relacionadas a insegurança do profissional no manejo clínico, a falta atualização/capacitação em prótese para os dentistas e auxiliares, a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais) e o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

Os achados do presente estudo indicam que a reabilitação protética continua inserida na atenção secundária. No 1º ciclo, a realização de próteses dentárias continua como referência para maior parte das ESB (73%), sendo que 71% afirmaram existir protocolo que define fluxo para solicitação de próteses a partir da unidade de saúde. Apenas 5% das ESB realizavam moldagem de prótese na unidade de saúde e cerca de 11% realizam a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário. Menos da metade das equipes responderam existir laboratório de prótese no município, sendo que destes, apenas 13% realizam prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa.

No 2º ciclo, 84% afirmaram não realizar nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias, no entanto, apenas 34% responderam não ofertar nenhum tipo de prótese na AB. Esses achados podem indicar que a questão pode ter ocasionado erros de compreensão: as equipes podem ter entendido que são as confeccionadas na unidade, enquanto outras pensaram na oferta de especialidade.

Resultados semelhantes foram apresentados no estudo de Lorena Sobrinho et al. (2015), que constataram a dificuldade da inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica em Pernambuco, mostrando que apenas 1% das equipes do estudo realizam moldagem na unidade e 3% das equipes as entregam e acompanham.

Aguiar e Celeste (2015) compararam os indicadores epidemiológicos e de necessidade de reabilitação protética do levantamento nacional de 2003 com o número de LRPD e TPD, nas cinco regiões brasileiras, entre 2012 e 2013. Para os autores, a ampliação no número dos LRPD e a produção parecem discretas, considerando a demanda por reabilitação protética. Sugerem que aspectos para além da epidemiologia, como políticos, operacionais, administrativos, financeiros e de interesse do controle social podem ter influenciado na alocação de LRPD, ao observar que, apesar da maior prevalência de edêntulos estar na região Sudeste, a maior implantação de LRPD por habitante foi na região Nordeste. Já a maior necessidade próteses totais foi percebida na região Norte, no entanto foi a que apresentou menor produção entre as macrorregiões.

No presente estudo, o baixo acesso aos serviços de saúde bucal, especialmente à reabilitação protética, se evidencia ao mostrar que dos 1.271 usuários entrevistados, apenas 29% passaram por consulta com o cirurgião-dentista da unidade e somente 3% fizeram próteses dentárias no serviço público, além dos que afirmaram que ainda não haviam feito ou fizeram em consultório particular.

Soma-se a isso que, para os dentistas entrevistados, a participação no PMAQ-AB não foi capaz de estimular a equipe para a realização de próteses na unidade básica de saúde e o indicador de instalações dentárias mostra que baixa parcela da população com necessidade de próteses teve acesso por meio dos serviços públicos.

Cabe ressaltar que o número de próteses instaladas registradas no PMA-Complementar diferem dos valores registrados no SIA, sendo esses últimos superiores. Em 2014, por exemplo, foram registradas 9.565 próteses instaladas na RRAS 13 (Ministério da Saúde, 2018b), enquanto no PMA-Complementar esse valor foi de 1.410. Ainda assim, realizando o cálculo do indicador com base na produção registrada no SIA, apenas 0,3% da população com necessidade de reabilitação protética, teve acesso aos serviços.

Em relação aos registros, o estudo de Mendes Júnior et al. (2015), buscando analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Fortaleza, Ceará, identificou que apenas 40% dos profissionais participantes mencionaram o local corretos para o registro das informações para os indicadores de Primeira consulta odontológica programática, Atendimento odontológico à gestante, Atendimento de urgência odontológico na AB e Diagnóstico de alteração da mucosa oral. Para ação coletiva de escovação dental supervisionada e instalação de prótese dentária, apenas 26% e 22% respectivamente.

Carreno et al (2015), ao realizarem uma revisão integrativa de literatura sobre as ações de utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica, evidenciaram que as equipes não têm utilizado os sistemas de informação para o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas, sendo o uso do sistema limitado a um formulário para registro que, somado à falta de capacitação dos profissionais, têm contribuído para a baixa confiabilidade dos dados.

Dessa forma, é pertinente, aqui, expor que os resultados dos indicadores apresentados devem ser interpretados com cautela, visto que apesar da relevância dos indicadores de saúde bucal como ferramenta para avaliação das ações e da qualidade da informação dos serviços de saúde no Brasil estar melhorando desde a sua implantação, sabe-se que a cobertura do sistema ainda não é completa (Bordin; Fadel, 2012). Destaca-se, assim, a importância de incrementar o desenvolvimento

de sistemas de informações integrados, confiáveis, abrangentes e acessíveis que possibilitem a análise das desigualdades em saúde, em suas diferentes dimensões, possibilitando que se constituam instrumentos de planejamento e avaliação dos serviços.

No que se refere à a integralidade do sistema de saúde, o MS reconhece na PNSB que a assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido quase que completamente aos serviços básicos, com baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (Ministério da Saúde, 2004b). Frente a este problema, no mesmo documento, o MS propõe investimentos nos níveis secundário e terciário de atenção por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como unidades de referência para oferta de procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na AB de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município.

O número de CEO passou de 100 unidades em 60 municípios em 2004 para 1037 em 2015 em 860 municípios (Ministério da Saúde, 2015a). Mesmo com a ampliação, estudos apontam dificuldades no encaminhamento para a atenção secundária e terciária (Souza, Roncalli, 2007; Martelli et al., 2008; Figueiredo, Goes, 2009; Faccin et al., 2010; Munkeviz, Pelicioni, 2010; Mattos et al., 2014), o que compromete a qualidade da assistência prestada e não assegura à população assistência nos demais níveis de complexidade.

As principais dificuldades relatadas relacionam-se à falta de profissionais capacitados para atividades de média complexidade, ao número limitado de vagas e à falta de centros de referência em Saúde Bucal (Souza; Roncalli, 2007; Mattos et al., 2014). No estudo de Baldani et al. (2005), apesar de poucos municípios paranaenses relatarem dificuldades para referenciar os casos mais complexos, em 9,5% dos municípios os casos não são resolvidos e nem encaminhados. No estudo de Lourenço et al. (2009), realizado no estado de Minas Gerais, apenas 28% dos casos têm um encaminhamento favorável.

Aquilante e Aciole (2015) observaram que nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara III, Estado de São Paulo, o processo de referência e contrarreferência está limitado a aspectos de ordem burocrática e que se faz necessário a construção de um mecanismo que de fato se constitua em uma

produção compartilhada de cuidado. Por outro lado, o estudo de Chaves et al. (2010) realizado no Estado da Bahia, mostrou melhores resultados dos CEO onde a ESF é a forma de organização do sistema de saúde municipal. Figueiredo e Goes (2009) observaram que no Estado de Pernambuco, quanto menor o município ou menor o seu desenvolvimento humano, pior o desempenho dos CEO.

Segundo Caccia-Bava e Almeida (1998) um fator que dificulta a estruturação da rede, necessária para busca da saúde pelo caminho da integralidade, é a falta de integração entre os níveis primário, secundário e terciário de intervenção. Para Campos (2018), a fragmentação do processo de cuidado entre profissionais e serviços como peça de uma linha de produção, tem resultados ineficazes, desumanos e ineficientes.

Os resultados do 1º e 2º ciclo mostram que a maior parte das ESB dispunha, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas, tendo em sua maioria de 4 a 6 especialidades de referência, com maior participação das especialidades cirurgia oral e endodontia e menor de ortodontia/ortopedia e implantodontia.

Apesar da existência de referências, persiste o desafio de estruturação da rede de atenção, ao observarmos que, no 1º ciclo, o tempo de espera para endodontia no DRS III foi respondido superior a um ano por 12% das equipes. Segundo Casotti et al. (2014) o longo tempo de espera pode ser justificado pelo aumento da demanda para a especialidade, gerada pela melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde bucal ao longo da última década.

O fluxo para o serviço especializado apresentava dificuldades: no 1º ciclo, 22% das ESB afirmaram não existir protocolo que define fluxo para referência e contra referência. No 2º ciclo, menos da metade das equipes (42%) dispunham de central de regulação para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas, sendo para 65% das equipes do DRS XIII e 34% do DRS V. Apenas 44% das equipes afirmaram sempre entrar em contato com especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados, sendo que 12 (27%) equipes do DRS V responderam nunca entrar. Essa dificuldade também é sustentada no 2º ciclo ao observar que a forma de encaminhamento mais citada foi de consultas marcadas pela unidade e a data posteriormente informada ao paciente (44%).

A necessidade de avanços na AB como coordenadora do cuidado também se evidencia ao observar que 12% das ESB não mantinham o registro de todos os

usuários encaminhados para outros pontos de atenção, sendo que no DRS VIII, 7 (26%) equipes não registravam. Somado a isso, na percepção dos dentistas, a participação no PMAQ-AB foi indiferente no acesso aos serviços de atenção secundária (fluxos, redução do tempo de espera, ampliação de especialidades).

Ainda com as fragilidades acima apontadas, as avaliações dos usuários do 2º ciclo quanto aos serviços de saúde bucal são positivas: para maior parte, a forma como foram recebidos no acolhimento à demanda espontânea foi boa ou muito boa e as orientações dadas pelos profissionais de saúde bucal atendiam suas necessidades. A maioria respondeu que sempre recebem orientações dos profissionais sobre os cuidados com a sua saúde bucal e que o tempo de consulta é sempre suficiente, sendo que nenhum do DRS VIII respondeu que não. Dos que usavam ou tinham necessidade de próteses totais, 85% responderam ter recebido orientações do cirurgião-dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura, sendo 100% nos do DRS III e 76% do DRS V. E, na opinião de 336 respondentes (92%), o cuidado recebido pela ESB é muito bom ou bom, sendo que nenhum dos respondentes dos DRS V e VIII responderam como ruim ou muito ruim.

Em relação à avaliação positiva dos usuários, Vaitsman e Andrade (2005) destacam que tal fato pode refletir uma avaliação da qualidade pouco crítica por parte de quem utiliza os serviços, sugerindo uma aceitação passiva do usuário ao que lhe é oferecido.

O estudo de Dias et al. (2011), realizado com usuários de ESF em Montes Claros/MG, reforça essa afirmativa ao constatar que quanto maior o grau de escolaridade dos sujeitos, menor é a satisfação em relação ao atendimento e ao conhecimento dos profissionais. Segundo os autores, a baixa renda associada à baixa escolaridade pode interferir na possibilidade dos usuários de concretizarem o exercício de cidadania para a luta por melhores condições de saúde, o que potencializaria a aceitabilidade e a satisfação com os serviços oferecidos, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência com os profissionais de saúde.

Azevedo e Costa (2010) denominam “gratidade bias”, esse sentimento de gratidão, o que pode acabar dificultando uma visão mais crítica do atendimento. De acordo com os autores, em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois algumas pessoas não apresentam expectativas positivas em relação a certas instituições

públicas, sendo assim, a dificuldade usual de conseguir o atendimento resulta em baixa expectativa.

No estudo de Oliveira et al. (2017) ao identificar que os usuários, em sua maioria, aceitam a ESF mesmo com todos os problemas percebidos, afirmam que a contribuição da saúde para a cidadania é um passo importante na construção de práticas de saúde integrais e equânimes, impulsionadas pela participação social, por meio da qual as pessoas tenham liberdade de se expressar sobre as suas necessidades, que sejam escutadas pelos profissionais e gestores e que por meio dessa relação entre iguais seja possível a qualificação e o fortalecimento da AB.

A necessidade de avanços observada, na busca da integralidade do cuidado, pode ter motivado os cirurgiões-dentistas participantes a concordarem apenas parcialmente sobre a existência de mudanças no acesso e na qualidade da atenção à saúde bucal decorrentes da adesão ao PMAQ-AB. No entanto, de maneira geral, a percepção dos profissionais desse estudo foi positiva em relação ao desejo de participação e de continuidade no programa, bem como da importância na participação das Avaliações Externas. Da mesma forma, os profissionais discordam totalmente que a participação no PMAQ-AB tenha acarretado prejuízos para a equipe.

Dada a característica voluntária da adesão ao PMAQ-AB, observa-se que esses achados refletem na continuidade do programa. No 3º ciclo, iniciado no final de 2015, aderiram 411 equipes de Atenção Básica, sendo 218 com equipes de saúde bucal, além de 34 NASF, em 84 municípios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que as unidades de saúde com ESB da RRAS 13, participantes do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, possuem, de forma geral, consultórios odontológicos com características estruturais e ambiência adequadas aos padrões estabelecidos pelo programa, bem como equipamentos, instrumentais e insumos suficientes para a realização de atividades clínicas, exceto os relacionados à confecção de próteses dentárias e RX.

Da mesma forma, as equipes de saúde bucal realizavam a maior parte dos procedimentos para o atendimento clínico de saúde bucal, com exceção da reabilitação protética, que permanece principalmente inserida nos serviços especializados e pouco acessível aos usuários. No entanto, a atenção à saúde bucal não se restringe ao componente estrutural ou assistencial.

Apesar dos avanços, constata-se que há importantes desafios a serem superados para a construção da integralidade do cuidado. Ainda são necessários esforços no sentido de ampliar e qualificar o acesso, por meio da expansão do número de ESB para maior cobertura, fortalecimento das relações de trabalho dos profissionais, inclusão de TSB e extensão do horário de funcionamento. A baixa proporção de usuários que conseguiram marcar atendimento com os cirurgiões-dentistas das unidades igualmente evidencia a existência de barreiras ao acesso.

Também nesse sentido, a necessidade de fortalecer a reorganização das práticas se evidencia nas fragilidades observadas no que se refere ao apoio da gestão, atividades de educação permanente, matriciamento, planejamento das ações e realização de visitas domiciliares. Da mesma forma, esforços são necessários à superação da fragmentação do cuidado, evidenciado pela duplicação do acolhimento, pouco compartilhamento das agendas e prontuários, baixa participação nas reuniões com a equipe de Atenção Básica e no cuidado realizado no pré-natal.

Além disso, os resultados indicam também a necessidade de estruturação da rede de atenção, com dificuldades no fluxo e o longo tempo de espera para o atendimento especializado, bem como no fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado, na busca pela integralidade.

Para essa construção, é fundamental a participação de todos os atores envolvidos no processo de cuidado. O fortalecimento do controle social, de modo

que as avaliações dos usuários expressem suas necessidades e sejam devidamente escutadas, podendo assim avançar na integralidade do cuidado e qualificação e fortalecimento da AB.

Nessa perspectiva, o interesse dos cirurgiões-dentistas nesse processo se reflete na alta taxa de retorno dos questionários e na perspectiva positiva, de modo geral, em relação ao programa. No entanto, apesar da maior adesão ao 3º ciclo em 2015, nas Avaliações Externas, em 2018, 10% das ESB deixaram de participar do programa (das 218 ESF que aderiram, somente 195 foram entrevistadas). Portanto, a mobilização isolada da categoria não basta, sendo necessário que as políticas públicas consolidem essa participação.

Assim também, espera-se que os avanços e desafios mostrados nesse estudo, ao serem apresentados por DRS e RRAS, auxiliem esse processo e o fortalecimento da regionalização, em um nível que possa ser discutido como esfera de tomada de decisões que, na sua singularidade, contribua para que o programa cumpra com sua função indutora no sentido de ampliar o acesso e a qualidade das ações de saúde bucal desenvolvidas nesta região e para o fortalecimento do SUS.

Uma das limitações do presente estudo está no fato de que as ESB e unidades de saúde com consultórios odontológicos do 1º ciclo correspondem a 34% e 37%, respectivamente, e, do 2º ciclo, a 53% das unidades e 52% das equipes da RRAS 13. Considerando que a adesão ao PMAQ-AB é voluntária e vinculada a um incentivo financeiro, os resultados das avaliações externas se referem às equipes de saúde bucal que aderiram ao programa e não ao universo das equipes e unidades básicas de saúde dessas equipes e, portanto, não devem ser generalizados.

Apesar da importância dos indicadores para contextualizar os achados, os resultados evidenciam a necessidade de melhoria na qualidade da informação em saúde, de forma a contemplar a complexidade da organização da AB.

É oportuno, por fim, ressaltar que os presentes achados se referem ao determinado momento histórico.

Conforme Elias e Dourado (2011), os sistemas de saúde são construções sociais que têm como compromisso garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos. A cobertura populacional, o acesso e a oferta de bens e serviços decorrem de fatores políticos e econômicos e de alguma forma se expressam nos modelos de financiamento dos sistemas de saúde. Dessa forma, a organização dos

sistemas de saúde se manifesta em diferentes graus segundo o tempo de estabelecimento e as características políticas e culturais das sociedades que as configuram.

O 3º ciclo do PMAQ-AB, iniciado em 2015, manteve apenas dois dos sete indicadores de saúde bucal pactuados nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelas gestões municipais (cobertura de primeira consulta odontológica programática e razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas) e acrescentou um outro (percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal) (Ministério da Saúde, 2017b). Na relação dos indicadores para pactuação interfederativa para o ano 2016, apenas um dos 29 indicadores, refere-se à saúde bucal (proporção de exodontia em relação aos procedimentos) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016a). Na relação para os anos 2017 a 2021, a saúde bucal está relacionada em apenas um dos 23 indicadores (cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016b).

A saúde bucal, historicamente marcada pelo caráter privado, de baixo acesso, no qual o usuário é tido como consumidor em detrimento do seu estatuto de cidadão, permite que esteja no grupo das primeiras “saúdes” (Chaves, 1977 apud Narvai, 2002, p.69) a serem subtraídas.

É oportuna, assim, a explicitação de preocupação referente à manutenção desses avanços frente à reforma da Política Nacional de Atenção Básica, ocorrida em 2017 (Ministério da Saúde, 2017a) – que é parte de um processo em cujo início está a Emenda Constitucional 95, a qual congela os gastos sociais pelos próximos 20 anos – que revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, pois institui financiamento específico para quaisquer outros modelos na AB que não contemplem a composição de equipes multiprofissionais.

Dessa forma, desobriga gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal, ao deixar livre a aplicação de recursos transferidos pelo governo federal a esses entes federativos. Essas mudanças representam um entrave para os avanços no modelo de atenção em saúde bucal e faz com que todo o movimento que aconteceu, de garantir equidade na saúde bucal, sofra um retrocesso (Narvai, 2018).

Essa retração do Estado e das Políticas Sociais leva a um avanço na lógica mercantilista da área da saúde, dificultando a superação do modelo mutilador na odontologia pública. Este só poderá ser superado a partir da incorporação de uma nova lógica de cidadania e protagonismo social aliada ao saber tecnológico já disponível, mas pouco acessível a todos os cidadãos. Em uma lógica de sociedade de consumo, de mercado, dentes hígidos, de qualidade, fazem parte de um rol de privilégios, como escola de qualidade, roupas de marca, carro do ano. Dentes “bons” fazem parte dos itens de consumo que só consumidores diferenciados podem ter. A retração no financiamento público, é, na verdade, uma retração nos direitos sociais.

Na contramão dessas ameaças, o projeto de lei 8131/2017, aprovado pelo Senado e que se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados, propõe alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.

Narvai (2018) alerta que,

Nesta disputa sobre o destino dos recursos públicos, dentro do SUS e envolvendo a Saúde Complementar, a Saúde Bucal é considerada uma “parte fraca”, que deve ceder às pretensões do governo federal. Neste contexto, se não houver organização e reação forte, se o projeto de lei conhecido como PL do Brasil Sorridente (...), não for aprovado, a Saúde Bucal perderá mais do que todas as outras “saúdes”. A defesa da Saúde Bucal no SUS é ao mesmo tempo a defesa da integralidade da Saúde e, sobretudo, da reafirmação do direito de todos à saúde.

REFERÊNCIAS

- Abreu MHNG, Werneck MAF. Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica. *Arq Odontol.* 1998;34(2):121-31.
- Aguiar VR, Celeste RK. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(10): 3121-3128.
- Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(9):2131-40.
- Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a política nacional de saúde bucal - "Brasil sorridente": um estudo de caso. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(1):239-48.
- Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):455-64.
- Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface.* 2010; 14(35):797-810.
- Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1026-35.
- Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 3a ed. São Paulo: Ática; 1999.
- Bordin D, Fadel CB. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP.* 2012;41(5):305-11.
- Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, et al. Information from secondary care in dentistry for evaluation of models of health care. *Rev Odontol UNESP.* 2013;42(4):229-36.
- Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. A meio caminho da integralidade: a assistência à saúde de crianças com paralisia cerebral em Ribeirão Preto. São Paulo: Escrituras; 1998.
- Camargo Júnior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Pinheiro R, Mattos RA, coordenadores. *Constituição social da demanda.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.
- Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(6):1707-14.

- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2): 399-407.
- Cantanhede LM, Carvalho HLCC, Rodrigues VP, Oliveira AEF, Lopes FF, Cruz CFN. Regional availability of dental x-ray equipments in brazilian public health care services, 2006-2011. *Rev Pesq Saúde*. 2013;14(2):105-8.
- Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):947-56.
- Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(1):e201723615.
- Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:140-57.
- Catanante GV, Hirooka LB, Porto HP, Caccia-Bava MCGG. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à agenda 2030. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(12):3965-74.
- Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar [Internet]. Campinas; 2003. [citado 1 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>
- Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política nacional de saúde bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1005-13.
- Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;13(3):1075-80.
- Collis J, Hussey R. Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Saúde Transform Soc*. 2012;3(1):92-100.
- Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):s7-s27.
- Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466/12, 12 dezembro 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2011 [citado 24 jul. 2015]. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2016. Resolução n. 2, 16 agosto 2016 [Internet]. Brasília: CONASS; 2016a [citado 24 maio 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/29/DOU-de-29-08-16.pdf>
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2001-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Resolução n. 8, 24 novembro 2016 [Internet]. Brasília: CONASS; 2016b [citado 24 maio 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):705-11.
- Contarato PC. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Contarato PC. Relatos: a saúde bucal no PMAQ-AB do Espírito Santo [Internet]. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belém; 2013 [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/index.php/brasileiro/article/view/1312>
- Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):5-15.
- Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006 [citado 24 jul. 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Sala5545.pdf>
- Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev Sociol Polit. 2002;18(1):49-71.

- Costa AO, Silva LP, Saliba O, Garbin AJI, Moimaz SAS. A participação do auxiliar em saúde bucal na equipe de saúde e o ambiente odontológico. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(6):371-6.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
- Cunha BAT, Marques RAA, Castro CGJ, Narvai PC. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2011;20(4):1033-45.
- De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na atenção básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde debate*. 2015; 39 (105): 431-450.
- Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2011 jun. 28)
- Dias OV, Vieira MA, Dias JP, Ramos LH. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(2):225-31.
- Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. *Ann Arbor: Health Administration Press*; 1980. Basic approaches do assessment: structure, process, outcome; p. 77-125.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-18.
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18:356-60.
- Elias PEM, Dourado DA. Sistemas de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 116.
- Ely HC, Carvalho DQ, Santos M. Políticas de saúde bucal [Internet]. 2009. [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>
- Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(1):35-41.
- Esposti CDD, Oliveira AE, Santos ET Neto, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc*. 2015;24(3)765-79.

- Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(1):1643-52.
- Faleiros F, K ppler C, Pontes FAR, Silva SSC, Goes FSN, Cucick CD. Uso de questionário online e divulga o virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e3880014.
- Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seid H, Gagno J. A posi o da Estratégia Saúde da Família na rede de aten o   saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(N  esp):13-33.
- Felisberto E. Da teoria   formula o de uma política nacional de avalia o em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11:553-63.
- Ferraz JS, Vendrusco C, Kleba M, Prado M, Reibinitz K. A oes estruturantes interministeriais para reorienta o da Aten o Básica em Saúde: convergência entre educa o e humaniza o. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):482-93.
- Ferri SMN, Pereira, MJB, Mishima, SM, Caccia-Bava, MCGG, Almeida, MCP. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface*. 2007;11(23):515-29.
- Figueiredo N, Goes PSA. Constru o da aten o secundária em saúde bucal: um estudo sobre os centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):259-67.
- Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Aten o Básica   Saúde: avalia o da gestão. *Saúde Debate*. 2016;40(110):64-80.
- Forza C. Survey research in operations management: a process-based perspective international. *Int J Oper Prod Man*. 2002;22(2):152-94.
- Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães NC, Lima T. O acolhimento sob a  tica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME*. 2008;12(2):271-7.
- Freitas H, Oliveira M, Saccol AZ, Moscarola J. O método de pesquisa survey. *Rev Adm São Paulo*. 2000;35(3):105-12.
- Funda o Oncocentro de São Paulo. Caracteriza o da assistência oncológica nas redes regionais de aten o   saúde no estado de São Paulo. RRAS 13 – DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto [Internet]. 2014 [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//boletim__assist_oncol_rras_13.pdf
- Giordani JMA, Martins PHS, Amaral OL Jr, Faustino-Silva DD, Torres LHN, Unfer B. Desigualdades na distribui o das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatos*. 2017;23(45):4-13.

- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-620.
- Gouveia VV. Taxa de resposta em levantamento de dados pelo correio: o efeito de quatro variáveis. *Psic Teor Pesq.* 1995;11(2):163-8.
- Guibu IA, Moraes JC, Guerra AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2017;51(Suppl 2):17s.
- Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Colet.* 2002;7(3):419-21.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 2):331-6.
- Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2018 [citado 24 jul. 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca+/definicao>.
- Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface.* 2009;13(31):343-55.
- Kusma SZ, Moyses ST, Moyses SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na Atenção Primária em Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(Suppl):S9-S19.
- Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(4):867-74.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (1990 set. 20).*
- Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (1990 dez. 31).*
- Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em saúde bucal - TSB e de Auxiliar em saúde bucal - ASB. *Diário Oficial da União, Brasília (2008 dez. 24).*

- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* 1932;22(140): 5-55.
- Limão NP, Ferreira JCC Filho, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, Machado LS, et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016;29(1):84-92.
- Lorena Sobrinho JE, Martelli P JL, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Access and quality: evaluation of oral health teams participating PMAQ-AB 2012 in Pernambuco. *Saúde Debate.* 2015;39(104):136-46.
- Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira ACC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(Suppl 1):1367-77.
- Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.139-62.
- Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate.* 2015;39(104): 102-13.
- Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's Largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(Suppl 2):4-11.
- Martelli P JL, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(5):1669-74.
- Mattar FN. Pesquisa de marketing. 3a ed. São Paulo: Atlas; 2001.
- Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):373-82.
- Mattos RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciênc Saúde Colet.* 2001;6(2):377-89.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1411-16.
- Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad Saúde Pública.* 1986;2(4):533-52.
- Mendes EV. Agora mais que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde [Internet]. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde,

- organizador. Oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009 [citado 24 jul 2015]. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf
- Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do nordeste brasileiro. *Saúde Debate*. 2015;39(104):147-58.
- Merhy EE, Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado [Internet]. 2003 [citado 05 mai 2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>
- Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2005.
- Ministério da Saúde. I Conferência nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- Ministério da Saúde. II Conferência nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.886, de 18 dezembro 1997. *Diário Oficial da União*. 1997 dez. 22.
- Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444, de 28 dezembro 2000. *Diário Oficial da União*. 2000 dez. 29.
- Ministério da Saúde. Normas operacionais de assistência da saúde. Portaria n. 95, de 26 janeiro 2001. *Diário Oficial da União*. 2001a jan. 26.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. *Diário Oficial da União* 27 mar. 2001b.
- Ministério da Saúde. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Portaria n. 673, de 03 junho 2003. *Diário Oficial da União*. 2003a abr. 24.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2003b [citado 24 jul. 2015];3(2):221-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a [citado 28 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b [citado 28 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
- Ministério da Saúde. III Conferência nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a [citado 28 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b [citado 28 jul. 2015]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo29.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a [citado 28 jul. 2015]. (Cadernos de Atenção Básica, 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
- Ministério da Saúde. Aprova a relação de indicadores da atenção básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Portaria n. 493, de 13 março 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
- Ministério da Saúde. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do pacto pela saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Portaria n. 91, de 10 janeiro 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.
- Ministério da Saúde. Publica a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 2.848, de 06 novembro 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal nos 20 anos do SUS. Inf Atenção Básica [Internet]. 2008a [citado 24 jul. 2015];9(48). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo48.pdf>

- Ministério da Saúde. Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Portaria n. 325/GM, de 21 fevereiro 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf
- Ministério da Saúde. 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. Portaria n. 2.669, de 3 novembro 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde [Internet]. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a. [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3_ed.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (primary care assessment tool - PCATool-Brasil) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
- Ministério da Saúde. Inclui a saúde bucal no monitoramento e a avaliação do pacto pela saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Portaria n. 3.840, de 07 dezembro 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c.
- Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 4.279, de 30 dezembro 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
- Ministério da Saúde. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 outubro 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
- Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do pacto pela saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Resolução n. 4, de 19 julho 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2012d [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo – anexo ficha de qualificação dos indicadores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012e [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 – 2015 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b [citado 24 jul. 2015]. 156p. Disponível em: http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (saúde bucal e equipe de saúde bucal parametrizada) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sb.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (saúde da família e equipe parametrizada) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013d [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS atenção básica: sistema com coleta de dados simplificada-CDS: manual para preenchimento das fichas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013e [citado 14 maio 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf
- Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) [Internet]. Brasília; 2015a [citado 24 jul. 2015]. Redes e programas. Saúde mais Perto de Você – Atenção Básica. Brasil Sorridente/Centro de Especialidades Odontológicas – CEO/ Prótese Dentária. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage>
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. Brasília; 2015b [citado 24 jul. 2015]. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
- Ministério da Saúde. Nota técnica dos valores absolutos utilizados na construção dos indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2014-2015 [Internet]. Brasília; 2015c [citado 15 fev. 2018]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2015/Nota_Tecnica_Valores_absolutos.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d [citado 15 fev. 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf
- Ministério da Saúde. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 2.436, de 21 setembro 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF

- [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b [citado 24 maio 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
- Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2018a [citado 8 maio 2018]. Fichas detalhadas dos indicadores. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>
- Ministério da Saúde. Informações de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília; 2018b [citado 15 maio 2018]. Assistência à Saúde. Produção Ambulatorial (SIA/SUS). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>
- Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(1):1827-34.
- Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Néttó OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(2):471-80.
- Moysés S, Goes P. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
- Munkeviz MSG, Pelicioni MCF. Saúde bucal na estratégia saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2010 [citado 24 jul. 2015];20(3):787-97. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300014&lng=pt&tlng=pt
- Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2002.
- Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Públ*. 2006;40(Nº esp):141-7.
- Narvai PC. O fim do Brasil sorridente? *J Odonto* [Internet]. 2018 [citado 15 maio 2018];20(238):[1p.]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>
- Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008a.
- Narvai PC, Frazão P. Histórico de implementação da ESF no Brasil e a contribuição da saúde bucal. In: Moysés ST, Krieger L, Moysés SJ, editores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008b. p. 1-20.

- Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saúde Públ.* 2009;43(3):455-62.
- Neves M, Giordani JM, Ferla AA, Hugo FN. Primary care dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care. *The J Ambul Care Manage.* 2017;40(2 Suppl): 35-48.
- Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):241-6.
- Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(5):1579-87.
- Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva.* 1999;2(1):9-14.
- Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados.* Natal: UFRN; 1998. p. 114-21.
- Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC, Oliveira EM, Alves PA, Cruz VD. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família. *Rev APS.* 2017;20(2):159-66.
- Oliveira PMC, Menezes LMB, Santrain MVL, Almeida PC, Almeida MEL. indicadores de saúde bucal da atenção básica no estado do Ceará: análise crítica. *Cadernos ESP.* 2011;5(1):29-36.
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS [Internet].* 2005 [acesso 24 jul. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf
- Paim JS, organizador. *Saúde, política e reforma sanitária.* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde; 2002. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde, p. 67-81.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-28.
- Pereira AB, Mattos KM, Silva RM, Colomé JS. Perfil social do usuário do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária em Saúde. *Rev Epidemiol Contr Infec.* 2012; 2(3):94-9.

- Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):985-96.
- Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Suppl):s146-s57.
- Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo JLAC Jr., Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do distrito sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(4):2189-96.
- Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV, Martelli PJJ, Acioli RML. A atenção em saúde bucal no estado de Pernambuco: analisando a estrutura e as ações preventivas e curativas, segundo porte populacional. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38(2):297-317.
- Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação [Internet]. RECIIS: Rev Eletr Com Inf Inov Saúde. 2012 [citado 24 jul. 2015];6(2 Suppl 1):[19 p.]. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>
- Pinto VG. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos; 1989.
- Pollit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Porto HS. *Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes [dissertação]*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; 2016.
- Reis CJ, Martelli H Jr., Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1287-95.
- Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*. 2015;39(104):56-64.
- Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2871-80.

- Rodrigues AAO, Assis MMA, Nascimento MAA, Fonsêca GS, Siqueira DVS. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(3):695-709.
- Rodrigues AAO, Gallotti AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009;33(4):582-94.
- Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde bucal coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.
- Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):4.
- Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(1):53-61.
- Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):75-85.
- Santos TC, Ferreira AV, Nascimento DT, Cunha FM, Ozorio JC, Ribeiro DT, et al. Adesão e contratualização: os ciclos do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) no Rio Grande do Sul [Internet]. 11º Congresso Internacional da Rede Unida; 2014; Fortaleza, CE [citado 24 jul. 2015]. *Anais. (Interface*. 2014; (Suppl 3). Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/4737>
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [Internet]. [citado 24 abr. 2016]. Regionais de Saúde 2012. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2015 [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 24 maio 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/pactuacao-estadual-para-2015-dos-indicadores-do-sispacto>.

- Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, 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*. 2011;16(1):211-20.
- Silvestre J, Aguiar A, Teixeira E. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil [Internet]. *Cad ESP*. 2013 [citado 24 jul. 2015];7(2):28-39. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/112>
- Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(7):3169-80.
- Souza HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bras Saúde Fam*. 2002;6(2):10-5.
- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2727-39.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
- Starfield B. Global health, equity, and primary care. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20(6): 511–513.
- Torres-Pereira CC, Angelim-Dias AI, Melo NS, Lemos CA Jr., Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Suppl):s30-s9.
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(3): 599-613.
- Vieira da Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014.
- Warmling CM, Rosa EK, Pezzato LM, Toassi RFC. Competencies of aides and technicians in oral health and the ties with the National Health System. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(2):575-92.
- Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.
- Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 1996;13:18-35.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PARTE 1: Caracterização dos sujeitos de pesquisa

1. Idade: _____
2. Sexo: ()F ()M
3. Estado civil: ()solteiro ()viúvo ()casado ()divorciado ()amasiado ()outros
4. Formação / Ano: _____
5. CIR: _____
6. Município da equipe em que trabalha: _____
7. Jornada semanal em horas: () 12h () 20h () 30h () 40h () outro _____
8. Há quanto tempo o(a) senhor(a) atua na atenção básica? _____
9. Há quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica? _____
10. Qual tipo da sua equipe?
()Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
()Equipe de atenção básica (parametrizada) com saúde bucal
()Outro: _____
11. Formação complementar:
()Especialização
()Mestrado
()Doutorado
()Residência
12. Em que área? _____
13. Qual é seu tipo de vínculo?
()Servidor público estatutário
()Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial
()Emprego público CLT
()Contrato CLT
()Cargo comissionado
()Outros _____
14. Qual a forma de ingresso?
()Concurso público
()Seleção pública
()Outra forma _____
15. Além da Atenção Básica, atua em consultório particular? ()Sim ()Não
16. Participou de capacitação para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família?
()Sim ()Não

APÊNDICE B - PARTE 2: Percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a participação no PMAQ-AB

Responda qual seu grau de concordância com cada uma das afirmativas abaixo		concordo totalmente	concordo parcialmente	indiferente	discordo parcialmente	discordo totalmente
Q1	Ocorreram mudanças no acesso e na qualidade da atenção à saúde bucal a partir da adesão ao PMAQ					
Q2	A equipe de saúde bucal desejou participar do 1º ciclo do PMAQ					
Q3	A equipe de saúde bucal desejou participar do 2º ciclo do PMAQ					
Q4	A equipe de saúde bucal foi bem esclarecida sobre as propostas e etapas do PMAQ					
Q5	Os processos de trabalho da equipe de saúde bucal melhoraram a partir da participação no PMAQ					
Q6	Os processos de trabalho da equipe de saúde bucal não foram alterados pela participação no PMAQ					
Q7	Os processos de trabalho da equipe de saúde bucal foram prejudicados pela participação no PMAQ					
Q8	A equipe de saúde bucal se ressentiu de não ter recebido qualquer investimento financeiro para seus membros					
Q9	A equipe de saúde bucal deseja participar do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ					
Q10	Adequação na estrutura da unidade foi uma das melhorias trazidas pela participação no PMAQ					
Q11	Adequação nos insumos da unidade foi uma das melhorias trazidas pela participação no PMAQ					
Q12	A participação no PMAQ estimulou a realização de cursos de qualificação profissional					
Q13	Melhores indicadores de Saúde Bucal foi uma das mudanças ocorridas devido ao PMAQ					
Q14	A equipe recebe maior apoio da gestão local a partir da adesão ao PMAQ					
Q15	Adequação nas atividades de educação permanente para a equipe foi uma das melhorias trazidas pelo PMAQ					
Q16	Adequação do matriciamento para a equipe de saúde bucal foi uma das melhorias trazidas pelo PMAQ					
Q17	Maior integração entre os membros da equipe foi uma das melhorias decorrentes do PMAQ					
Q18	Houve maior organização da agenda da equipe de saúde bucal, de forma a garantir consultas de demanda espontânea, agendamentos e atividades de educação em saúde, decorrente do PMAQ					

Q19	Houve melhoria no acesso aos serviços de atenção secundária (fluxos, redução do tempo de espera, ampliação de especialidades) decorrentes do PMAQ					
Q20	O PMAQ estimulou a organização dos prontuários por núcleos familiares					
Q21	O PMAQ estimulou o uso dos sistemas de informação (SIAB, e-SUS ou outros)					
Q22	O PMAQ estimulou o planejamento da equipe de saúde bucal a partir das autoavaliações					
Q23	O PMAQ estimulou o planejamento da equipe de saúde bucal a partir do monitoramento dos indicadores					
Q24	O PMAQ estimulou a equipe de saúde bucal a realizar ações de prevenção e detecção do câncer de boca					
Q25	O PMAQ estimulou a equipe de saúde bucal para o acompanhamento odontológico das gestantes					
Q26	O PMAQ estimulou a equipe de saúde bucal para o atendimento em crianças de até 05 anos de idade					
Q27	O PMAQ estimulou a equipe de saúde bucal para a realização de próteses na unidade básica de saúde					
Q28	O PMAQ estimulou a equipe de saúde bucal para a realização de atividades em escolas e creches					
Q29	A equipe de saúde bucal recebeu os resultados da avaliação e concordou com a nota atribuída					
Q30	O resultado da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ foi plenamente discutido com a equipe					
Q31	O resultado da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ foi plenamente discutido com a equipe					
Q32	Foi importante para a equipe de saúde bucal ter participado das avaliações externas do PMAQ					
Q33	Nada mudou na unidade com a participação da equipe de saúde bucal nas avaliações externas do PMAQ					
Q34	As avaliações externas acarretaram prejuízos para equipe					
Q35	A equipe identificou melhoras na forma de proceder a avaliação no 2º ciclo do PMAQ					
Q36	A equipe de saúde bucal está frustrada com os resultados da avaliação pelo PMAQ					
Q37	A equipe de saúde bucal ficou mais unida e interativa após as avaliações externas do PMAQ					
Q38	A equipe de saúde bucal ficou mais atenta às suas dificuldades a partir das avaliações externas do PMAQ					
Q39	A equipe de saúde bucal tem recebido apoio institucional para superar as dificuldades identificadas na avaliação externa do PMAQ					

APÊNDICE C – Termo de consentimento do gestor municipal da saúde**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE NA COMUNIDADE****TERMO DE CONSENTIMENTO DO GESTOR MUNICIPAL DA SAÚDE**

Município _____

Data _____

Projeto: A Saúde Bucal no Estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

No sentido de contribuir para a avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica à Saúde Bucal proposta pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a inclusão das formas alternativas de entendimento em cada situação, bem como de contribuir para o fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e para a construção de uma cultura avaliativa, ainda incipiente na área da saúde em nosso país, essa pesquisa tem como objetivo estudar os principais avanços e desafios ocorridos na atenção à saúde bucal na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde 13 – RRAS 13, Estado de São Paulo, na perspectiva dos cirurgiões-dentistas. O estudo será realizado com os cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal que participaram do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB. Esse profissional responderá a um questionário previamente construído, o qual poderá ser respondido em média em 30 minutos. A participação do profissional é voluntária e sigilosa, não sendo, em hipótese alguma, divulgado qualquer dado que identifique o profissional, a equipe ou o município, sendo facultado ao profissional sair da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para si. Em caso de dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora Lucila Brandão Hirooka pelo e-mail lucilabh@usp.br ou pelo celular: (16) 98132-7218, ou com a orientadora do projeto Profª Drª Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava através do e-mail: mcbava@fmrp.usp.br ou pelo telefone: (16) 3602-2569. O presente projeto contemplará os requisitos presentes na resolução 466/2012 na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e à Câmara Técnica do DRS. Assim, declaro estar devidamente esclarecido e autorizo a realização da pesquisa nas Equipes de Atenção Básica do município.

Gestor Municipal da Saúde_____
Lucila Brandão Hirooka_____
Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a),

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da pesquisa *A Saúde Bucal no Estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. A pesquisa tem por objetivo identificar as principais mudanças ocorridas entre o 1º e o 2º Ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na atenção à Saúde Bucal na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13 na perspectiva das equipes de saúde bucal avaliadas.

Para tanto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante aproximadamente 30 minutos, para responder a um questionário. Serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de seu trabalho e de sua vida. A participação neste estudo é opcional e voluntária e não haverá nenhum tipo de pagamento aos participantes. As informações coletadas poderão ser publicadas com fins científicos, porém sem que sejam reveladas as identidades dos participantes, uma vez que na entrevista não ocorrerá a identificação do profissional, nem mesmo após a sua análise. Esse questionário oferece risco mínimo. Ele também não vai interferir em sua conduta profissional, causar desconforto ou custo para você. O (A) senhor (a) tem o direito de não participar da pesquisa, retirar-se a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem constrangimentos e sanções e sem prejudicar a sua atuação no cotidiano de trabalho. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

A participação nesta pesquisa não lhe proporcionará benefícios diretos, mas sua participação contribuirá para a produção de conhecimentos sobre a participação das equipes de Saúde Bucal no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) Sr(a). Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP), órgão que tem por objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (16) 3602-2228.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde. Ao assinar este Termo, você declara que leu e entendeu todas as informações sobre este estudo e suas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consente voluntariamente em participar.

Eu _____, aceito participar da pesquisa *A Saúde Bucal no Estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante _____

Pesquisadoras responsáveis:

Lucila Brandão Hirooka – cirurgiã-dentista - CPF: 220.554.178-19

Prof.ª Dr.ª Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava – CPF: 019.846.318-96

Caso necessite de qualquer esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar os responsáveis: Departamento de Medicina Social. Av. Bandeirantes, 3900 - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto/SP. Telefones: (16) 36022569 / (16) 981327218. E-mail: lucilabh@usp.br / mcbava@fmrp.usp.br Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE E - Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Lucila Brandão Hirooka, executora do Projeto de Pesquisa “A Saúde Bucal no Estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava, departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo FMRP/USP, venho por meio deste solicitar a esse Colegiado “Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para realizar o projeto acima, com a seguinte justificativa:

O presente trabalho será realizado a partir de informações de um banco de dados secundários, disponibilizado pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), não havendo em nenhum momento da pesquisa, contato com os indivíduos aos quais se referem as informações nem a possibilidade de identificação dos mesmos.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Ribeirão Preto, 31 de julho de 2015

Lucila Brandão Hirooka

CPF: 220.554.178-19

ANEXOS

ANEXO A – Variáveis da Avaliação Externa do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB

1º ciclo

Módulo I

Horário de funcionamento da unidade de saúde

Quais os turnos de atendimento?

Esta unidade funciona quantos dias na semana?

Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?

Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?

Infraestrutura da unidade de saúde

Consultório Odontológico

Equipamentos e materiais de odontologia

A unidade de saúde possui profissionais de saúde bucal?

Amalgamador. Quantos estão em condições de uso?

Cadeira odontológica. Quantos estão em condições de uso?

Compressor de ar com válvula de segurança. Quantos estão em condições de uso?

Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação). Quantos estão em condições de uso?

Fotopolimerizador. Quantos estão em condições de uso?

Mocho odontológico. Quantos estão em condições de uso?

Refletor. Quantos estão em condições de uso?

Unidade auxiliar com bacia cuspideira e/ou terminal de sugador. Quantos estão em condições de uso?

Autoclave para odontologia. Quantos estão em condições de uso?

Insumos para atenção odontológica

Amálgama (cápsulas ou material para preparo). Em quantidade suficiente?

Cimentos diversos. Em quantidade suficiente?

Fios de sutura odontológica. Em quantidade suficiente?

Selantes. Em quantidade suficiente?

Anestésicos. Em quantidade suficiente?

Resinas fotopolimerizáveis. Em quantidade suficiente?

Módulo II

Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica

Qual o tipo desta equipe?

Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica

Apoio matricial à equipe de atenção básica

A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?

Profissionais da vigilância em saúde (Periodontista, Endodontista, Protesista, Estomatologista)

Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais) (Periodontista, Endodontista, Protesista, Estomatologista)

Profissionais específicos para a atividade (Periodontista, Endodontista, Protesista, Estomatologista)

Outras modalidades de equipe de apoio matricial (Periodontista, Endodontista, Protesista, Estomatologista)

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (inclui a alternativa “Outras especialidades odontológicas”)

Acolhimento à demanda espontânea

Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?

Quais profissionais participam do acolhimento? (CD, TSB, ASB)

Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: Marca usuários na agenda do dentista.

Organização da agenda

A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe?

Indique os profissionais que utilizam agenda compartilhada: CD, TSB, ASB

Atenção ao pré-natal, parto e puerpério

No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Consulta odontológica da gestante

Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio

A equipe realiza visita domiciliar?

Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar? CD, TSB/ASB

Atenção à saúde bucal

Como são agendadas as consultas em saúde bucal?

A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como: Aplicação de selante, Aplicação tópica de flúor, Restauração de amálgama, Restauração de resina composta, Exodontia, Selamento provisório de cavidade dentária, Curativo de demora, Drenagem de abscesso dentoalveolar, Raspagem, alisamento e polimento supragengivais

Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?

O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?

A oferta é definida em função do risco identificado?

A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?

A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?

A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?

A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?

Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária

Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?

O município possui referência para quais especialidades? Endodontista, Periodontista, Cirurgião bucomaxilofacial, Estomatologista, Ortodontista, Implantodontista, Radiologista, Outro(s).

Existem protocolos que definem fluxos para: Solicitação de próteses a partir da UBS, Referência e contrarreferência de usuários para o CEO ou outro serviço especializado, Fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca, Atendimento para pessoas portadoras de necessidade especiais pelos profissionais de saúde bucal

A equipe de saúde bucal promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?

A equipe de saúde bucal realiza a moldagem da prótese dentária na unidade de saúde?

A equipe possui referência para profissional protesista?

A equipe de saúde bucal realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário?

Existe laboratório de prótese dentária no município?

Qual o tipo de prótese realizada no laboratório? Prótese total, Prótese parcial removível, Prótese fixa. Depois de solicitado pelo profissional de atenção básica, quanto tempo em média o usuário espera pelo atendimento das seguintes especialidades: Endodontia, Periodontista, Cirurgião bucomaxilofacial, Estomatologista, Ortodontista, Implantodontista, Radiologista, Atendimentos a pessoas com deficiência

Programa Saúde na Escola

A equipe realiza atividades na escola?

Há na equipe rotina de atendimento?

Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza? Avaliação de saúde bucal

Módulo III

Identificação do Usuário

Sexo

Qual é a Idade do(a) senhor(a)?

Dentre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?

Quantos anos o(a) senhor(a) estudou?

O(a) senhor(a) é aposentado(a)?

O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?

A sua família possui renda mensal? Qual o valor?

A sua família é cadastrada no Programa Bolsa-Família?

A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente?

Saúde bucal

O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?

Qual o tempo de espera para uma consulta?

O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada até o final do tratamento?

Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente, etc.) o(a) senhor(a) procurou atendimento?

Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?

O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?

Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?

Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?

Algum dentista disse que o(a) senhor(a) precisava usar dentadura?

Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?

Quanto tempo levou para receber a dentadura?

O(a) senhor(a) recebeu orientação do dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?

2º ciclo

Módulo V

Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Saúde Bucal

Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de Saúde?

O consultório odontológico da Equipe de Saúde Bucal está localizado na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica?

A equipe atua em unidade provisória?

Há quanto tempo à equipe está na unidade provisória?

Características Estruturais e Ambiência

O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização

O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)

O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis

O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor.

O consultório odontológico permite privacidade ao usuário

Sobre a rede hidráulica e sanitária, observar a presença de: Mofo próximo à(s) pia(s); Torneira(s) sem sair água; Torneira(s) pingando; Torneira(s) com acionamento automático; Pia entupida; Pia interditada; Cheiro de esgoto.

Sobre a rede elétrica, observar a presença de: Fios expostos, soltos ou desencapados; Tubulação de plástico por fora da parede

Horário de Atendimento da Equipe de Saúde Bucal

Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.

Quais dias da semana a Equipe de Saúde Bucal trabalha nesta Unidade?

Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12 às 14h)?

Há horário fixo de funcionamento: Em que horário abre; Em que horário fecha

Equipamentos

Amalgamador. Quantos em condições de uso?

Aparelho de RX odontológico. Quantos em condições de uso?

Ar-condicionado. Quantos em condições de uso?

- Autoclave. Quantos em condições de uso?
- Avental de chumbo. Quantos em condições de uso?
- Cadeira odontológica. Quantas existem em condições de uso? Quantas com estofamento adequado?
- Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?
- Cuspideira. Quantas em condições de uso?
- Sugador. Quantos em condições de uso?
- Refletor. Quantos em condições de uso?
- Mocho. Quantos em condições de uso?
- Cart odontológico. Quantos em condições de uso?
- Caneta alta rotação. Quantas em condições de uso?
- Caneta de baixa rotação. Quantas em condições de uso?
- Compressor de ar com válvula de segurança. Quantos em condições de uso?
- Fotopolimerizador. Quantos em condições de uso?
- Jato de bicarbonato. Quantos em condições de uso?
- Macro modelo da arcada dentária e macro escova dental. Quantos em condições de uso?
- Ultrassom odontológico. Quantos em condições de uso?
- Caixa de revelação (câmara escura). Quantas em condições de uso?
- Estufa. Quantas em condições de uso?
- Negatoscópio. Quantos em condições de uso?
- Seladora. Quantas em condições de uso?
- Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?
- Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?
- Instrumentais Odontológicos
- Alveolótomo. Em quantidade suficiente?
- Aplicadores De Hidróxido de Cálcio. Em quantidade suficiente?
- Alavancas. Em quantidade suficiente?
- Bandejas de aço. Em quantidade suficiente?
- Brunidores para restauração de amálgama. Em quantidade suficiente?
- Cabos para bisturi. Em quantidade suficiente?
- Caixa com tampa em aço inox. Em quantidade suficiente?
- Cânula para aspiração endodôntica. Em quantidade suficiente?
- Condensadores para restaurações de amálgama. Em quantidade suficiente?
- Curetas cirúrgicas. Em quantidade suficiente?
- Curetas periodontais. Em quantidade suficiente?
- Escavadores de dentina. Em quantidade suficiente?
- Escavadores para pulpotomia. Em quantidade suficiente?
- Esculpidores. Em quantidade suficiente?
- Espátula de inserção de resina. Em quantidade suficiente?
- Espátula para gesso e alginato. Em quantidade suficiente?

Espelho clínico. Em quantidade suficiente?
Extirpa-nervos. Em quantidade suficiente?
Fórceps (infantil). Em quantidade suficiente?
Fórceps (adulto). Em quantidade suficiente?
Gral de borracha. Em quantidade suficiente?
Limas endodônticas. Em quantidade suficiente?
Limas ósseas. Em quantidade suficiente?
Moldeiras. Em quantidade suficiente?
Pedra de afiar curetas periodontais. Em quantidade suficiente?
Pinça clínica. Em quantidade suficiente?
Placa de vidro. Em quantidade suficiente?
Porta agulha. Em quantidade suficiente?
Porta amálgama. Em quantidade suficiente?
Porta-matriz. Em quantidade suficiente?
Seringa carpule. Em quantidade suficiente?
Sindesmótomo. Em quantidade suficiente?
Sonda exploradora. Em quantidade suficiente?
Sonda milimetrada. Em quantidade suficiente?
Sugador cirúrgico. Em quantidade suficiente?
Tesouras cirúrgicas. Em quantidade suficiente?
Os instrumentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?
Quantas equipes compartilham os instrumentais odontológicos?

Insumos

Ácido e sistema adesivo. Em quantidade suficiente?
Rolo de algodão. Em quantidade suficiente?
Amálgama (cápsula). Em quantidade suficiente?
Amálgama (preparo manual). Em quantidade suficiente?
Anestésico tópico. Em quantidade suficiente?
Anestésicos com vasoconstritor. Em quantidade suficiente?
Anestésicos sem vasoconstritor. Em quantidade suficiente?
Lâmina de bisturi. Em quantidade suficiente?
Brocas diversas. Em quantidade suficiente?
Cimentos diversos. Em quantidade suficiente?
Cunhas. Em quantidade suficiente?
EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas. Em quantidade suficiente?
Fios de sutura odontológica. Em quantidade suficiente?
Flúor gel. Em quantidade suficiente?
Fixador e revelador para radiografia. Em quantidade suficiente?
Gaze. Em quantidade suficiente?
Material restaurador temporário. Em quantidade suficiente?

Matriz. Em quantidade suficiente?

Medicações intracanal para polpa viva e polpa necrosada. Em quantidade suficiente?

Microbrush. Em quantidade suficiente?

Papel articular (papel carbono). Em quantidade suficiente?

Caixa de descarte para material perfurocortantes. Em quantidade suficiente?

Resinas fotopolimerizáveis. Em quantidade suficiente?

Selantes. Em quantidade suficiente?

Seringas descartáveis para irrigação. Em quantidade suficiente?

Material Impresso para Atenção à Saúde Bucal

Com qual frequência a Ficha clínica odontológica fica disponível (Prontuário Clínico)

Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?

Módulo VI

Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB

Qual profissional entrevistado?

Por qual motivo o dentista não foi entrevistado?

A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe? Existe documento que comprove?

A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe? Existe documento que comprove?

Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?

O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?

Possui quais destes processos de formação? Especialização em Saúde da Família; Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva; Possui outra especialização? Residência em Saúde da Família; Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva; Possui outra residência? Mestrado em Saúde da Família; Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva; Possui outro mestrado? Doutorado em Saúde da Família; Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva; Possui outro doutorado?

Vínculo

Qual é seu agente contratante?

Qual é seu tipo de vínculo?

Qual a forma de ingresso?

Plano de carreira

O(a) senhor(a) tem plano de carreira? No plano, tem progressão por antiguidade?

No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?

No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?

O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?

Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas

Qual(is) dessa(s) ação(ões) de educação permanente a equipe de saúde bucal participa? Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão; Cursos presenciais; Telessaúde; RUTE – Rede Universitária de Telemedicina; UNASUS; Curso de Educação à Distância; Troca de experiência;

Tutoria/preceptorial; A unidade básica participa como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros; Outros; Não participa de nenhuma ação de educação permanente.

Quais profissionais da equipe de saúde bucal estão envolvidas nas ações de educação permanente?

A equipe utiliza o Telessaúde para: Segunda opinião formativa; Telediagnóstico; Teleconsultoria; Tele-educação.

De que forma é realizada a teleconsultoria?

Por qual motivo a equipe não utiliza o telessaúde? Dificuldade de acesso/conectividade; Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho; Ninguém atende quando tento telefonar; Não obteve retorno; A equipe não tem necessidade de acessar; Não existe no município o programa.

Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?

A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão com qual frequência?

As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?

Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe

A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente? Existe documento que comprove?

A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? Existe documento que comprove?

A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?

A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?

A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?

Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?

Qual o instrumento/fonte utilizada? Existe documento que comprove?

Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal?

A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da Equipe de Saúde Bucal?

A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?

Apoio institucional da gestão municipal para as Equipes de Saúde Bucal

Sua Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde?

Quais as atividades que o apoiador institucional realiza? Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional; Apoio à autoavaliação; Apoio para monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal; Apoio ao planejamento e

organização da equipe; Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados; Oficina com objetivo específico definido; Educação permanente; Participa das reuniões com a equipe; Outro(s).

Como a Equipe de saúde bucal avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?

A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?

Reunião da equipe

A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?

A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal; As metas para a atenção básica pactuada pelo município; As informações do sistema de informação da atenção básica; As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros); As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras); As questões ambientais do território (incluindo acesso à terra); Os desafios apontados a partir da autoavaliação.

Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal

A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? Sim, do CEO; Sim, do NASF; Sim, do CAPS; Sim, outros centros/políclínicas de especialidades (não CEO); Sim, outros; Não.

Indique em qual(is) especialidade(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou apoiar na resolução de casos mais complexos: Cirurgia Oral; Endodontia; Pacientes com necessidades especiais; Periodontia; Estomatologia; Radiologia; Ortodontia/ortopedia; Implantodontia; Odontopediatria; Outra(s); Não recebeu.

Com qual frequência a Equipe de Saúde Bucal recebe o apoio?

Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal

A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?

Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de saúde bucal são atendidas por esta equipe?

Organização dos prontuários na unidade de saúde

A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família? Existe documento que comprove?

Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?

Os prontuários estão organizados de acordo com alguma das seguintes formas: Individualmente pela ordem alfabética do nome; Individualmente pelo número do prontuário do usuário; Individualmente pela data de nascimento; Individualmente por microárea; Individualmente por rua; Individualmente por bairro; Individualmente por cores; Outro(s).

Existe um modelo padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica?

Observar em uma ficha odontológica os seguintes itens: Letra legível; Identificação do usuário (nome, sexo, idade); Odontograma; Evolução;

Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?

Existe prontuário eletrônico implantado na Equipe? Existe documento que comprove?

O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?

Qual o tipo de prontuário?

A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB (PEC)?

A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)? Existe documentação que comprove?

A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB DA Coleta de dados simplificada (CDS)?

A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS AB?

A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS (Sistema do controle de uso do e-SUS AB)?

Organização da agenda

A agenda de atendimento clínico da equipe garante: Apenas consultas odontológicas agendadas; Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea; Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda.

Quantos pacientes, em média, são atendidos no consultório, por turno?

Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?

A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?

A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?

Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?

A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?

Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde

A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?

Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada; A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente; A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação ou secretaria municipal de saúde; O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao serviço especializado; O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um serviço ou um profissional determinado; Outro(s); Não há um percurso definido.

Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual (is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde? Cirurgia Oral; Endodontia; Pacientes com necessidades especiais; Periodontia; Estomatologia; Radiologia; Ortodontia/ortopedia; Implantodontia; Odontopediatria; Outra(s).

A Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção? Existe documento que comprove?

Existem protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para quais das seguintes especialidades? Cirurgia Oral; Endodontia; Pacientes com necessidades

especiais; Periodontia; Estomatologia; Radiologia; Ortodontia/ortopedia; Implantodontia; Odontopediatria; Outra(s).

Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos

Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?

Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?

Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?

Qual é o fluxo institucional de comunicação? Comunicação eletrônica; Reuniões técnicas com os especialistas da rede; Teleconferência; Telessaúde; Prontuário eletrônico; Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta; Outro(s).

Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal

O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?

Qual é o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?

Como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?

Qual é o prazo para recebimento do laudo do patologista, contado a partir da coleta do material para Biópsia?

A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Drenagem de abscesso; Sutura de ferimentos por trauma; Remoção de dentes impactados; Frenectomia; Remoção de cistos; Acesso à polpa dentária; Aplicação tópica de flúor; Exodontia de dente decíduo; Exodontia de dente permanente; Restauração de amálgama; Restauração de resina composta; Restauração em dente decíduo; Pulpotomia; Raspagem, alisamento e polimento supragengivais; Tratamento de alveolite; Ulotomia/ Ulectomia; Cimentação de prótese; Outro(s).

A Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)?

Atenção ao câncer de boca

A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca? Existe documento que comprove?

A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca?

A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca? Se sim, com que frequência?

Atenção ao pré-natal

A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas? Existe documento que comprove?

Atenção à criança de até os 5(cinco) anos de idade

A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade? Existe documento que comprove?

Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio

A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?

A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? Existe documento que comprove?

No cuidado domiciliar, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam: Apenas orientações de higiene bucal; Consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado); Realização de procedimentos clínicos; Outro(s).

Saúde bucal: acesso à prótese dentária

A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?

A Equipe de Saúde Bucal realiza as seguintes etapas de confecção de próteses dentárias na Unidade de Saúde: Moldagem anatômica e funcional; Registros estéticos e interoclusais; Prova dos dentes; Instalação da prótese dentária; Consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese; Não realiza nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias.

Qual (is) tipo(s) de prótese é(são) ofertado(s) na atenção básica: Prótese total; Prótese parcial removível; Prótese fixa; Prótese temporária; Não oferta nenhum tipo de prótese.

Programa Saúde na Escola

A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?

A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche? Existe documento que comprove?

A Equipe de Saúde Bucal possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico? Existe documento que comprove?

Módulo III

Identificação do usuário

Sexo

Qual é a Idade do(a) senhor(a)?

Dentre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?

Quantos anos o(a) senhor(a) estudou?

Até quando o(a) senhor(a) estudou?

O senhor trabalha?

O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? Qual o valor?

Acesso aos serviços de saúde

O senhor é beneficiário do Bolsa Família?

A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente?

Por qual(ais) motivo(s) não recebe?

Algum profissional da equipe de saúde dessa Unidade já falou com o(a) senhor(a) sobre o Programa Bolsa Família?

Acesso aos Serviços de Saúde

O senhor já passou por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal? Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal?

A Equipe de Saúde Bucal nesta Unidade trabalha quais dias da semana?

A Equipe divulga o horário que a Unidade funciona?

Nos dias em que a Equipe de Saúde Bucal trabalha: Há horário fixo de funcionamento? O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?

Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que atendimento clínico odontológico atendesse: Mais cedo pela manhã; À tarde até às 18 horas; À noite; Aos sábados; No horário de almoço; Outros.

Marcação de Consulta(s) com o dentista

Na maioria das vezes, como o senhor faz para marcar consulta com o dentista da sua equipe? Marca por telefone; Marca pela internet; Vai à unidade e marca o atendimento; Vai à unidade, mas tem que pegar ficha; Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes na unidade de saúde; O agente comunitário de saúde marca a consulta; Outro(s).

A marcação da consulta com o cirurgião dentista é feita: Em qualquer dia da semana, em qualquer horário; Em qualquer dia da semana, em horários específicos; Dias específicos fixos, em qualquer horário; Dias específicos fixos, em horários específicos; Outro(s).

Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta com o cirurgião dentista, normalmente é para o mesmo dia? Tempo de espera?

Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta com o cirurgião dentista, sua consulta é: Com hora marcada; Em horários ou turnos definidos do dia; Por ordem de chegada; Encaixe; Outro(s).

Quando o(a) senhor(a) vem com consulta marcada, quanto tempo o senhor espera normalmente pra ser atendido?

O(a) senhor(a) já sai do atendimento com a próxima consulta agendada?

Acolhimento à demanda espontânea

Quando o senhor(a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?

Quanto tempo, em média, o(a) senhor(a) espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada?

O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é recebido(a) ao procurar o serviço de saúde bucal?

As orientações que os profissionais de saúde bucal dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?

Atenção Integral à Saúde

O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?

Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?

Nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do (a) senhor(a)?

Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado

Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?

Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo dentista?

Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?

Prótese Dentária

O(a) Senhor(a) usa dentadura?

Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?

Quanto tempo levou para receber a dentadura?

O(a) senhor(a) recebeu orientação do cirurgião dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?

Satisfação do Usuário

De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações do consultório odontológico: Está em boas condições de limpeza; Dispõe de boa ventilação ou climatização; Os equipamentos odontológicos estão em boas condições de uso; A cadeira odontológica está em boas condições de uso.

Em sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da equipe de saúde bucal é: Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Muito ruim; Não sabe/não respondeu/ não lembra

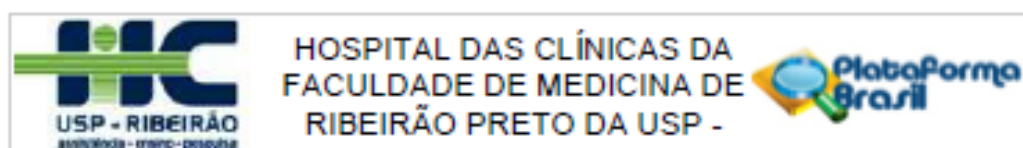
De zero a dez, qual nota o (a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) dentista?

De zero a dez, qual nota o (a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal?

Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de dentista ou unidade de saúde?

Por que o(a) senhor(a) mudaria de dentista ou unidade de saúde? Poderá marcar somente uma opção de resposta. Distante de casa; Horário de atendimento não atende às necessidades; Porque não consegue atendimento; É mal atendido; Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores; Outros.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Saúde Bucal no Estado de São Paulo por diferentes perspectivas a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Pesquisador: Lucila Brandão Hirooka

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47995115.7.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.332.686

Apresentação do Projeto:

Este estudo engloba a avaliação das equipes de Saúde Bucal da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13) do Estado de São Paulo. Este trabalho pretende contextualizar os indicadores de saúde bucal propostos no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e na etapa de Monitoramento do PMAQ. Pretende ainda caracterizar as mudanças ocorridas no período, na perspectiva dos cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal avaliadas, através da aplicação de questionário de escala Likert, como possibilidade de se ampliar a avaliação proposta pelo PMAQ para a inclusão das formas alternativas de entendimento em cada situação, de acordo com a realidade local.

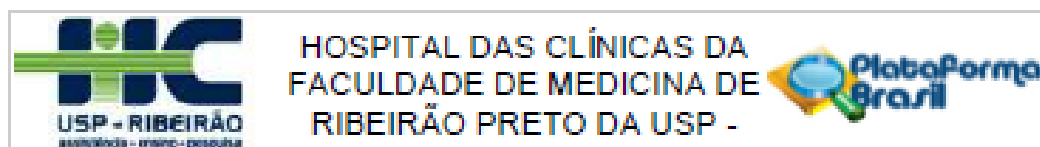
Objetivo da Pesquisa:

Identificar os principais avanços e retrocessos ocorridos na atenção à saúde bucal na região de uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde – RRAS avaliada pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de um estudo que envolve a utilização de dados secundários e a aplicação de questionário, este apresenta risco mínimo. O estudo não proporcionará benefícios diretos aos sujeitos, mas a participação contribuirá para a produção de conhecimentos sobre a participação

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.332.688

das equipes de Saúde Bucal no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desenho: Trata-se de uma pesquisa em saúde, de corte transversal, valendo-se dados primários e secundários, contando para isso com três momentos de coleta. O primeiro momento envolverá a utilização de dados provenientes da coleta do 1º e 2º ciclos do PMAQ, que se valerá do Instrumento de coleta constante nos Instrumentos de avaliação externa – Módulos I, II e III do 1º ciclo e Módulos III, IV e V do 2º Ciclo, relativos à Saúde Bucal e entrevistas com os usuários. O segundo se valerá dos indicadores de atenção básica de saúde bucal propostos no COAP e monitoramento do PMAQ. O terceiro momento abrangerá a realização de aplicação de questionários aos cirurgiões dentistas que integram as equipes de saúde bucal da região em estudo e que tenham participado do 1º e 2º Ciclos de avaliação do PMAQ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram corrigidos segundo o último parecer deste CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa versão 2 datada de 20 de outubro de 2015 e TCLE versão datada de 20 de outubro de 2015 aprovados.

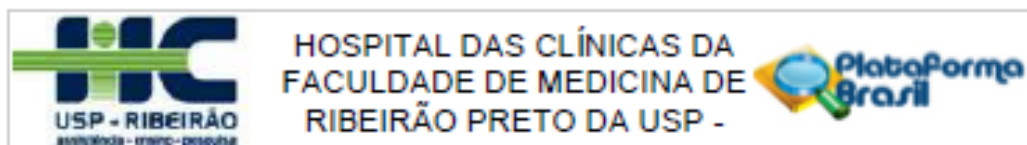
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 562112.pdf	21/10/2015 09:09:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLuciaHirookaaversao2datadade20deoutubro2015.pdf	21/10/2015 09:09:09	Lucia Brandão Hirooka	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.332.686

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversao2datadade20outubrode2015.pdf	21/10/2015 09:08:28	Lucia Brandão Hirooka	Acelto
Outros	EsclarecimentosProjetoPesquisaLuciaHirooka.pdf	20/10/2015 08:50:51	Lucia Brandão Hirooka	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	16/10/2015 18:03:15	Lucia Brandão Hirooka	Acelto
Outros	ORÇAMENTO DETALHADO DO PROJETO.pdf	07/08/2015 11:07:51		Acelto
Outros	Modelo Carta Projetos Externos.pdf	07/08/2015 10:14:36		Acelto
Outros	Termo para as Serecatras Municipais de Saúde.pdf	01/08/2015 12:11:17		Acelto
Outros	Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e escla.pdf	01/08/2015 12:10:32		Acelto
Outros	Questionário.pdf	01/08/2015 12:09:09		Acelto
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	01/08/2015 12:06:42		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3802-2228 Fax: (16)3833-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br