

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DIANA TREMEA

AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS: AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Porto Alegre
2016

DIANA TREMEA

AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS: AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Juliana Balbinot Hilgert
Coorientador: Dr. Eduardo Dickie de Castilhos

Porto Alegre
2016

CIP - Catalogação na Publicação

Tremea, Diana

As equipes de saúde bucal no município de Pelotas/RS: avaliação da atenção primária. / Diana Tremea. -- 2016.

36 f.

Orientador: Juliana Balbinot Hilgert.

Coorientador: Eduardo Dickie de Castilhos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Avaliação em saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção Primária. I. Balbinot Hilgert, Juliana, orient. II. Dickie de Castilhos, Eduardo, coorient. III. Título.

Em memória de minha avó, Idalina Fagundes, pelo imenso amor dedicado a mim, pelos valores repassados e por ter me proporcionado a educação que me conduziu até aqui.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Astor e Cleusa, pelo enorme empenho e apoio durante toda esta minha caminhada.

Aos professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, por todos estes anos de aprendizado e exemplo. Em especial à professora Dra. Tania Izabel Bighetti, pelo carinho e cuidado maternal e Dr. Eduardo Dickie de Castilhos, pelas palavras de otimismo e ensinamentos.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo acolhimento em meu último semestre, pela memorável contribuição para minha formação profissional. Em especial à professora Dra. Juliana Balbinot Hilgert, pela excelente orientação neste trabalho.

A todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado nas horas boas e ruins. Em especial a Maycon Antonio de Cesare, pela paciência, carinho e contribuição para esse trabalho.

RESUMO

TREMEA, Diana. **As equipes de saúde bucal no município de Pelotas/RS: avaliação da atenção primária.** 2016. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

As atuais políticas públicas vêm buscando a melhoria da saúde bucal da população brasileira. As equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família apresentam-se como modelo que visa essa melhoria nas localidades, levando em consideração cada contexto. A avaliação dos serviços odontológicos prestados na atenção primária serve como subsídio para gestores municipais nortear a assistência em saúde. Este estudo teve como objetivo descrever a organização da atenção primária nas equipes de saúde bucal do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram inseridas nesse estudo seis equipes de saúde bucal que aderiram ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário e entrevista com os cirurgiões-dentistas (CD), utilizando como indicadores formação acadêmica, processo de trabalho, planejamento, ações de gestão, atividades de agenda e procedimentos. Os dados foram analisados no software SPSS v21 (Chicago: SPSS Inc). Os resultados apresentaram-se favoráveis em relação à educação continuada dos profissionais, sendo que 100% dos CD (n=6) apresentaram alguma pós-graduação em saúde pública/coletiva; todas as equipes participavam de ações de educação permanente em saúde e 83,3% (n=5) consideravam que as ações realizadas contemplavam as demandas e necessidades da equipe. Todas também recebiam apoio matricial e realizavam planejamento mensal das equipes. Entretanto, nenhuma das equipes possuía prontuário eletrônico. Salienta-se a necessidade de avaliação contínua para orientar a gestão nas tomadas de decisões e novas propostas com intuito de melhorar a assistência odontológica da população.

Palavras-chave: Atenção primária. Saúde bucal. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

TREMEA, Diana. **The oral health teams in Pelotas/RS: evaluation of the primary care.** 2016. 59 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The current public policies have sought to improve the oral health of the Brazilian population. The oral health teams from the Family Health Strategy are presented as a model aimed at the improvement in the localities, taking into account each context. The evaluation of the dental services provided in primary care serves as a resource for local managers guide to health care. This study aimed to describe primary care in oral health teams in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Six oral health teams that joined the second cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care were included on this study. Data were collected by means of a questionnaire and interviews with dentists (CD), using as academic indicators, work process, planning, management actions, schedule of activities and procedures. Data were analyzed using SPSS v21 software (Chicago: SPSS Inc). The results were favorable in relation to the continuing education of professionals - 100% of CD (n = 6) had some postgraduate degree in public health. All the oral health teams also received support matrix and performed monthly planning of the teams. All teams participated in continuing education actions in health and 83.3% (n = 5) considered that the actions contemplated demands and staff needs. However, none of the teams had electronic dental data records. It is important to emphasize the necessity for continuous assessment to guide the management in decision making and new proposals aiming to improve the oral health care of the population.

Keywords: Primary health care. Oral health. Health evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Formação acadêmica e processo de trabalho dos Cirurgiões-Dentistas (CD) do município de Pelotas.....	22
Tabela 2 -	Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe.....	24
Tabela 3 -	Tabela 3 –Atividades de agenda realizadas nas Unidades de Saúde da Família do município de Pelotas.....	27
Tabela 4 -	Procedimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família do município de Pelotas.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EAB	Equipe de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNE	Paciente com Necessidade Especial
PSF	Programa Saúde da Família
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA	11
2.2	AVALIAÇÃO DE SISTEMA DE SAÚDE.....	13
2.3	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	15
3	METODOLOGIA	19
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Em vigor há 28 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira para garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população (BRASIL, 1990). Ao passar dos anos, esse novo e desafiador sistema foi sendo aprimorado e pensou-se em mudar o modelo médico-hegemônico existente. Criou-se então, em 1994, o Programa Saúde da Família, que mais tarde virou Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010).

Entretanto, a preocupação de inclusão da saúde bucal na ESF surgiu tempos depois, e foi inserida a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia através da Portaria 267 de 06 de março de 2001 – de caráter não obrigatório a todas as ESF, mas sim para aquelas que quisessem complementar com a ESB (THUROW; CASTILHOS; DA COSTA, 2015). Esse fato representa o quanto a saúde bucal possuía um histórico secundário de importância no cenário de políticas públicas em saúde, e até então sua presença na atenção primária era limitada a realização de procedimentos curadores e de urgência, não havendo uma preocupação em o cirurgião-dentista se apropriar do real conhecimento de sua localidade de atuação, como se tem hoje no trabalho das ESB (BRASIL, 2008).

Para definir se as novas políticas públicas estão sendo efetivas para a melhoria da saúde bucal, é necessário instituir sistemas de avaliação que possam apresentar dados concretos sobre como está sendo realizado o processo de trabalho nas equipes, questões sobre gestão e planejamento, quais procedimentos vêm sendo ofertados, enfim, fatores que demonstram se a estratégia está dando resultados positivos.

Algumas mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica foram propostas pelo Ministério da Saúde e uma delas foi a implementação de um processo permanente e progressivo de avaliação dos serviços da atenção primária. Surgiu então o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2011, como uma estratégia indutora para esse processo (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB consta na revisão de literatura dessa monografia e serviu de base para a avaliação da saúde bucal do município de Pelotas. A rede municipal de atenção primária conta, atualmente, com atenção odontológica em 46 Unidades Básicas de Saúde, sendo 12 no modelo de atenção ESB (PELOTAS, 2016). Foram avaliadas 6 equipes nesse estudo, por serem aquelas que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB.

A avaliação dos serviços odontológicos prestados na atenção primária do município serve como subsídio para gestores municipais nortear a assistência em saúde. Espera-se, dessa forma, contribuir para a melhoria na qualidade da gestão do serviço e, indiretamente, a saúde da população. Assim, este trabalho de conclusão tem como objetivo descrever a atenção básica nas equipes de saúde bucal do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura está dividida em três partes. A primeira parte apresenta a Atenção Primária, a segunda apresenta os aspectos conceituais de avaliação em saúde e, por fim traz uma breve revisão sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, baseado em informações e dados do Ministério da Saúde.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na Declaração de Alma-Ata, 1978, surgiu o conceito de atenção primária e a necessidade de todos os países a implementarem como base para desenvolvimento econômico e social até os anos 2000. A atenção primária em saúde (APS), também chamada de atenção básica (AB), é um conjunto de ações coletivas e individuais de promoção e prevenção em saúde, diagnóstico e tratamento de doenças, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

Os fundamentos da APS são: (BRASIL, 2008)

- 1- Ofertar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com acesso universal e contínuo, com território adscrito, respeitando o princípio da equidade;
- 2- Efetivar a integralidade em todos os aspectos, como por exemplo vigilância à saúde, trabalho de forma interdisciplinar em equipe, coordenação do cuidado na rede de serviços;
- 3- Estabelecer vínculos e responsabilização entre as equipes e o território adscrito, assegurando a longitudinalidade do cuidado;
- 4- Estimular os profissionais de saúde à educação continuada e capacitação, valorizando-os;
- 5- Avaliar e acompanhar os resultados e utilizá-los para planejamento de ações;
- 6- Estimular a participação do controle social

A APS é a porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde, ou seja, o primeiro contato entre o usuário e o serviço. Deve ser organizada de maneira facilmente acessível, de modo a auxiliar o indivíduo a compreender se o seu problema apresenta necessidade de atenção adicional ou não e direcioná-lo para o atendimento adequado. Uma das características de maior importância da atenção primária é que ela se encontra próxima ao contexto social dos indivíduos. O que diferencia, por exemplo, das especialidades (atenção secundária e terciária) que encontram os problemas dos indivíduos distante de seu contexto e as

enfermidades já em estágios mais avançados, sem muitas vezes a real percepção de sua razão de origem (STARFIELD, 2002).

Pode-se então inferir que a atenção primária, além de realizar suas funções preventivas e curativas de baixa complexidade e alta densidade, possui caráter de portaria para o sistema. Dessa forma, os casos que realmente necessitem de atenção mais especializada e de maior custo serão devidamente encaminhados. Os casos que podem e devem ser solucionados na atenção primária assim o serão, tornando o sistema mais eficiente e resolutivo (STARFIELD, 2002).

A autora Barbara Starfield (2002, p. 207) explana incisivamente essa ideia: “Os pacientes são muito mais complexos que suas enfermidades. [...] o melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que eles dizem, e um pré-requisito é ouvir”. O acolhimento na ESF é um grande exemplo que busca aumentar a resolutividade na atenção primária através da escuta qualificada, orientando o paciente e a família quando o caso precisar de continuidade da assistência. É o compromisso de dar respostas aos usuários (TRINDADE, 2010). “O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população” (BRASIL, 2008, p. 22). Passa-se, dessa forma, a valorizar essa porta de entrada criando vínculos e compromissos, humanizando o cuidado e problematizando os processos de trabalho baseado no conhecimento do contexto da comunidade do usuário (TRINDADE, 2010).

Para a APS poder ter pleno funcionamento e ser valorizada, algumas Normas Operacionais Básicas (NOB) foram criadas para regular o financiamento. A NOB 01/93 habilitou os municípios como gestores, em favor da descentralização do SUS. Ademais, a NOB 01/96 - Portaria 2.203, de 6 de novembro de 1996, teve maior ênfase para o financiamento da APS: ampliando as transferências fundo a fundo, incentivando o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estimulando a implementação do PSF, e principalmente criando o Piso da Atenção Básica (PAB). Há duas vias do PAB: o fixo e o variável, instituído pelo Governo Federal (BRASIL, 2011). O PAB fixo é o mínimo que o município recebe da esfera federal e é calculado de acordo com a população do município. Está condicionado à municipalização da APS e os gestores municipais definem como aplicar esses recursos. Já o PAB variável está condicionado a programas específicos, constituído de diferentes incentivos, dependendo da contratualização (BARBOSA et al., 2016).

A questão financeira tem um papel relevante quando se fala em gestão de sistemas de saúde. Há grande importância em valorizar a atenção primária também como forma de

controlar o alto custo exigido pela atenção especializada em recursos para desenvolvimento e uso de tecnologias caras. Quando se investe em atenção primária, está se investindo em prevenção de enfermidades e redução de sintomas causados por doenças mais usuais, o que representa estar atingindo a uma população por inteiro. Por outro lado, quando se investe em áreas fragmentadas da saúde, para tratamento de doenças específicas, se gasta um grande percentual para manter uma pessoa doente viva, ao invés de promover a saúde para a comunidade em geral. O SUS tem como um de seus princípios doutrinários a equidade, o que significa atendimento aos indivíduos segundo suas necessidades. Um sistema de saúde orientado em práticas cada vez mais especializadas acaba colocando em risco esse princípio, pois quanto mais caro o processo, menos acessível se torna para aqueles que necessitam, porém não têm condições financeiras para arcá-la. Conseqüentemente, a sociedade não possui recursos ilimitados para oferecer serviço especializado para demanda exacerbada (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde trabalha para alcançar esse objetivo através de várias políticas públicas de saúde, incluindo a Política Nacional de Humanização do SUS, de 2004, que tem como uma de suas prioridades reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como o próprio nome já explicita, é outro exemplo que busca melhorar a atenção básica, por se saber que a importância do acesso e assistência em saúde começa por essa base. Esse programa será melhor abordado nessa revisão em um próximo capítulo. Para se estabelecer se as políticas, ações e programas estão dando resultado positivo e atingindo seus objetivos é necessário realizar avaliação e monitoramento de tais processos. Levando-se em conta essa consideração, foi realizada uma breve revisão sobre avaliação em saúde, relatada no próximo capítulo (BRASIL, 2004).

2.2 AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A avaliação pode ser caracterizada de diversas maneiras. Pode-se definir avaliação como um excelente mecanismo e ferramenta para fornecer informações adequadas aos gestores na tomada de suas decisões, a fim de que as escolhas por eles tomadas sejam as melhores possíveis para atender as necessidades de determinada população (BROUSSELE et al., 2011).

O ato de avaliar também pode ser definido como verificar ou medir algo, determinar o valor de algo de acordo com um padrão de referência ou um parâmetro. O objeto avaliado

pode ser comparado com o padrão ou com ele mesmo estabelecido numa faixa de tempo. A comparação é realizada através de indicadores qualitativos e, ou quantitativos.

Monitorar faz parte do processo de avaliar, consistindo em análises longitudinais, ou seja, medições e observações que ocorrem de forma mais frequente no decorrer do tempo, obtendo, assim, informações do desenvolvimento do objeto monitorado no tempo (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Há diversas definições de avaliação segundo os principais autores da literatura especializada, mas como resumo apresenta uma definição que engloba os principais pontos do senso comum:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

(BROUSSELE et al., 2013, p.44).

A *World Health Organization* (WHO) (2009) publicou uma sugestão de estrutura de avaliação e monitoramento para o fortalecimento dos sistemas de saúde, para que todos os países possam implementar, e assim controlar com precisão o progresso e o desempenho da saúde, avaliar o impacto e assegurar a responsabilização aos níveis nacional e global.

Observa-se que o contexto de cada país deve ser abordado na elaboração do projeto. Algumas questões devem ser consideradas para nortear o processo: se o financiamento foi concebido, se houve mudanças nas políticas públicas em saúde, se o processo de implementação do sistema de avaliação e monitoramento está ocorrendo como planejado, se a disponibilidade e acesso aos serviços tem melhorado, se a cobertura e utilização dos serviços melhorou; se os resultados dos indicadores, a eficiência e a qualidade da saúde tem melhorado, entre outras a serem levadas em consideração.

A primeira parte da proposta da WHO se refere ao financiamento governamental que tem efeito direto na infraestrutura, informação e comunicação tecnológicas. Em segundo lugar, a intervenção no acesso e a prontidão nos serviços, intervindo assim na qualidade e segurança. Logo após, os resultados são analisados: a cobertura das intervenções realizadas e a prevalência de fatores de risco. E por fim analisa-se o impacto, como a melhoria da saúde e

equidade, responsabilidade, eficiência e todos os outros benefícios que se tenha como objetivo alcançar. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Foi utilizado para esse trabalho a Avaliação Externa do PMAQ, que consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das ESB participantes do programa. Dessa forma, almeja-se reconhecer e valorizar o empenho e resultados das ESB e dos gestores municipais de saúde no objetivo de qualificar a atenção básica.

Dentro das possibilidades da Avaliação Externa destacam-se: reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão; fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores; subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades; considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS; conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis; elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013).

Deve-se consolidar a avaliação como ferramenta de gestão nos municípios, onde os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas diárias dos serviços de saúde e possam ter caráter subsidiário ao planejamento (BRASIL, 2008).

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O Ministério da Saúde criou através da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo como objetivo principal incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade do serviço em saúde e induzir a ampliação do acesso na atenção básica (BRASIL, 2012).

O Programa busca institucionalizar processos que aumentem a capacidade dos gestores tripartite e das equipes de saúde em ofertarem serviços que sejam efetivos na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e que possam atender as reais

necessidades da população, garantindo um padrão de qualidade comparável no âmbito nacional, estadual e municipal (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O programa apresenta além do objetivo principal alguns objetivos específicos, sendo eles:

- A ampliação do impacto da atenção básica e o aumento da satisfação dos usuários;
- O estabelecimento de padrões para as práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Aumentar a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas em saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- Fortalecer os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas do governo;
- Aprimorar a qualidade da inserção de dados e uso do sistema de informação como ferramenta de gestão na atenção básica;
- Institucionalização da avaliação da atenção básica e de gestão no SUS;
- Promover a transparência dos processos de gestão a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB está inserido no Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde. O PMAQ busca assegurar que os princípios e diretrizes do SUS, propostos pela Lei nº8080/90 – Lei Orgânica da Saúde - sejam efetivos. Os gestores das esferas municipais, estaduais e federal podem utilizar os resultados dos indicadores avaliados para induzir a melhoria na qualidade dos sistemas de saúde assim como no acesso aos serviços e desse modo monitorar, planejar, criar e aperfeiçoar estratégias e programas, serviços e ações em saúde (BRASIL, 2011).

Seguindo nessa lógica, o PMAQ visa estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação das equipes. Entretanto, quando se estabelece um programa de avaliação ao sistema de saúde depara-se com algumas dificuldades. Muitas UBS encontram-se em estado de precariedade, levando a um ambiente onde as condições de trabalho para os profissionais não são adequadas e, dessa forma, causam a não valorização dos serviços ofertados por parecer que sejam de baixa qualidade. Outro problema encontrado é a rotatividade dos profissionais e

a sobrecarga das equipes. Há também a necessidade de qualificação dos processos de trabalhos das equipes, a baixa integralidade e resolutividade, além de financiamento insuficiente da atenção básica (BRASIL, 2012).

Para superar essas dificuldades, diretrizes são estabelecidas pelo programa:

- Estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes de atenção básica de acordo com cada contexto;
- Ser incremental no processo de melhorar os padrões de acesso e qualidade, de forma contínua e progressiva, no que diz respeito a gestão, o trabalho e os resultados obtidos pelas equipes de saúde;
- Manter a transparência de forma que todas as pessoas possam acompanhar as ações realizadas e os resultados em todas as etapas do processo;
- Envolver, mobilizar e responsabilizar gestores das três esferas do governo e os usuários;
- Transferir recursos segundo o desempenho das equipes através da negociação e contratualização;
- Incentivar a mudança do modelo de atenção, melhorando o processo de trabalho e assim aumentar a satisfação dos trabalhadores e usuários;
- Estimular a adesão voluntária das equipes de atenção básica e dos gestores municipais.

O PMAQ-AB é composto por quatro fases que são Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2012). Na primeira fase as equipes aderem ao programa e são contratualizados compromissos e indicadores entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, juntamente com o Ministério da Saúde, com participação do controle social e pactuação local, regional e estadual.

A segunda fase refere-se ao desenvolvimento das ações que terão como objetivo modificar a gestão de forma a promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, formuladas em 4 momentos: Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio Institucional.

Na terceira fase do Programa é realizada a avaliação externa, em que as condições de acesso e qualidade da atenção básica de todos os municípios participantes serão verificados.

E a quarta e última fase utiliza os resultados obtidos pelas equipes participantes do programa para realizar juntamente com seus municípios, a pactuação singular de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma cíclica e sistemática (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Outro aspecto importante do PMAQ-AB diz respeito ao financiamento. O financiamento do PMAQ-AB é oriundo do PAB variável, conforme adesão dos municípios e contratualização ao Programa. Particularmente, o PMAQ apresenta o “Componente de Qualidade”, uma nova modalidade de financiamento em que, além do repasse usual de implementação de programa específico, traz o incentivo a melhoria da assistência, baseado nos resultados obtidos na avaliação do acesso e da qualidade dos serviços. O primeiro incentivo é recebido na fase de Adesão e Contratualização (1ª fase), referente a 20% do montante previsto, como forma de repasse mensal. Após as fases de Desenvolvimento e Avaliação Externa, dependendo do desempenho da equipe e a nota alcançada para a certificação final, o repasse financeiro pode ser suspenso (nível insatisfatório), mantido os 20% (mediano ou abaixo da média), repasse aumentado para 60% (acima da média) e 100% (muito acima da média) (BARBOSA et al., 2016).

O repasse em dinheiro pago pelo Departamento da Atenção Básica a cada Unidade de Saúde que aderir e participar do PMAQ tornou-se um grande incentivo e caracteriza-se como a razão pela qual os gestores municipais fazem adesão ao PMAQ, visto que os recursos do programa aumentam a parcela variável do PAB. A adesão é de caráter voluntário, entretanto o incentivo ao recebimento de mais recursos do governo federal proporciona o aumento da receita municipal e, conseqüentemente, maior adesão de municípios ao PMAQ (BRASIL, 2011).

3 METODOLOGIA

Esse é um estudo descritivo, de caráter transversal, baseado em dados de 6 unidades de atenção primária à saúde com equipes de saúde bucal (ESB) do município de Pelotas que aderiram ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Os dados foram obtidos através da Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, entre março e dezembro de 2014. O instrumento aplicado captou informações sobre o processo de trabalho das equipes, a organização do cuidado e a articulação da atenção básica à rede de serviços de saúde, referentes ao módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. A escolha do profissional para entrevista foi baseada naquele que melhor apresenta apropriação do conhecimento do trabalho da equipe. Nesse estudo, todas as entrevistas foram realizadas com o cirurgião-dentista de cada unidade de saúde.

Foram previamente selecionados avaliadores externos que passaram por treinamento utilizando manual de campo e utilizaram *tablets* para a coleta de dados. Esses apresentavam aplicativo com instrumento padronizado para utilização na coleta. Havia um protocolo de qualificação da coleta de dados onde foram estabelecidos os seguintes critérios:

- localização da coleta por meio de coordenada geográfica;
- tempo de duração da coleta captado pelo instrumento
- marcação do começo e finalização da avaliação
- quantidade de alternativas em branco
- resposta com caracteres repetidos

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário e entrevista com os cirurgiões-dentistas (CD), utilizando como indicadores educação continuada, processo de trabalho, planejamento, ações de gestão, atividades de agenda e procedimentos:

a) Educação continuada:

- Especialização, mestrado e doutorado (Saúde da Família, Saúde Coletiva/Pública, Outras)

b) Processo de trabalho:

- Presença de ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela

própria equipe

- Tempo de atuação do CD na ESB
- Agente contratante
- Plano de carreira
- Recebimento de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho
- Participação de ações de educação permanente
- Telessaúde

c) Planejamento

- Frequência mensal das ações de planejamento (somente para ESB ou a Equipe de Atenção Básica (EAB) completa)
- Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal pela ESB
- Autoavaliação realizada pela equipe (AMAQ ou instrumento do município)
- Construção de uma agenda de trabalho
- Metas para a atenção básica pactuadas pelo município
- Informações do sistema de informação da atenção primária e informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
- Riscos biológicos
- Vulnerabilidades individuais, familiares e sociais
- Questões ambientais do território e os desafios apontados a partir da autoavaliação

d) Gestão

- Análise de situação de saúde
- Apoio institucional permanente
- Atividades do apoiador institucional (discussão sobre o processo de trabalho da ESB, apoio e autoavaliação, apoio para monitoramento e avaliação de informações, apoio ao planejamento e organização da equipe, avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados, oficina com objetivo específico definido, educação permanente e participação das reuniões com a equipe)
- Avaliação da ESB sobre o contato que o apoiador mantém com a

equipe

- Especialidades que a ESB recebe apoio (para casos complexos e a frequência e área de abrangência deste apoio)

e) Atividades de agenda

- Agendamento de consultas ou de demanda espontânea para atenção odontológica
- Pacientes, em média, atendidos no consultório, por turno
- Porcentagem de pacientes atendidos, por semana, por agendamento
- Compartilhamento da agenda da ESB entre os profissionais da ESF
- Dias de agendamento das consultas odontológicas (qualquer dia da semana, dias específicos fixos em três dias na semana, mais de três ou uma vez por mês)
- Encaminhamento do paciente (consulta agendada pela unidade na hora ou consulta marcada e data posteriormente informada ao paciente)

f) Procedimentos

- Especialidades ofertadas
- Registro de usuários encaminhados
- Protocolos para encaminhamento
- Frequência que os profissionais da ESB entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados
- Fluxo de comunicação institucionalizado
- Procedimentos realizados na unidade
- Registro de casos suspeitos e ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- Visita domiciliar pela ESB, atividades em creches e/ou escolares
- Serviço de prótese

O critério de inclusão para participar desse estudo foram as ESB terem aderido ao e participaram da avaliação do segundo ciclo e pertencerem ao município de Pelotas.

Os dados foram analisados no software SPSS v21 (Chicago: SPSS Inc). Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. O projeto nº 21904 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

4 RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 6 cirurgiões-dentistas da rede. Todos os profissionais avaliados do município de Pelotas possuíam especialização na área de saúde coletiva e/ou saúde da família. Entretanto, em relação aos que possuem residência, mestrado, ou doutorado, nenhum deles apresentava nessa mesma área. Cem por cento (100%) dos entrevistados participavam de ações de educação permanente. As unidades entrevistadas também apontaram não recebiam estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão. Todos os cirurgiões-dentistas entrevistados ingressaram através de concurso público, com vínculo de servidor público estatutário, e apenas um possuía plano de carreira.

Na avaliação do processo de trabalho, verificou-se que todas as unidades avaliadas participavam de uma ou mais ações de educação permanente e 66,7% das unidades apresentavam a ESB completa envolvida nas ações. Dentre as unidades do estudo, 83,3% consideram que as ações de educação permanente em saúde contemplavam as demandas e necessidades da equipe. A maioria dos CD atuava nas unidades há até 4 anos. Administração direta foi a forma de contratação mais comum nas unidades de Pelotas.

Tabela 1 - Formação acadêmica e processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD). Pelotas, 2012/2013 (continua)

		ITEM AVALIADO	N	%
Formação	Especialização ^a	Saúde da Família	5	83,3
		Saúde Pública/Coletiva	2	33,3
		Outra	2	33,3
	Mestrado	Saúde Coletiva/Saúde da Família	0	0,0
		Outra	1	16,7
	Doutorado	Saúde Coletiva/Saúde da Família	0	0,0
Outra		1	16,7	
Processo de Trabalho	Ata de reunião assinada pela gestão e pela equipe		4	66,7
	Tempo de atuação do CD na ESB	0 ano	2	33,3
		1 ano	1	16,7
		4 anos	2	33,3
		11 anos ou mais	1	16,7
	Agente contratante	Administração direta	5	83,3
Fundação pública de direito público		1	16,7	

Tabela 1 - Formação acadêmica e processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD).
Pelotas, 2012/2013 (conclusão)

ITEM AVALIADO		N	%		
Processo de Trabalho	Plano de Carreira	Com progressão por antiguidade/por titulação e formação profissional	1	16,7	
	Incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho	Seminários, Mostras, Oficinas e/ou Grupos de discussão	2	33,3	
	Ações de educação permanente	Cursos presenciais		5	83,3
		Telessaúde		5	83,3
		RUTE		3	50,0
		UNASUS		0	0,0
		Curso de Educação a Distância		3	50,0
		Troca de experiência		2	33,3
		Tutoria/Preceptoria		5	83,3
		A UBS como espaço de formação		1	16,7
	CD		2	33,3	
	Profissionais da ESB envolvidos nas ações de educação permanente	ASB ou TSB		1	16,7
		ESB completa		1	16,7
		Segunda opinião formativa		4	66,7
	A equipe utiliza o Telessaúde para	Telediagnóstico		3	50,0
		Tele consultoria		3	50,0
		Tele-educação		1	16,7
Ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe		5	83,3		

Notas: ^a -alguns CD apresentaram mais de uma especialização.

A Tabela 2 faz referência às informações sobre planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe. Os resultados apontam que todas as ESB entrevistadas recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Todas realizaram algum processo de autoavaliação pela ESB nos últimos seis meses e os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da ESB. A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da ESB.

As ESB participam, em sua totalidade, das reuniões da equipe de atenção básica. A gestão apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ em todas as unidades. Todas as ESB estavam vinculadas a ESF e dessa forma a ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família. Os prontuários estão organizados por núcleos familiares. Todas as unidades contêm na ficha odontológica os seguintes itens: letra legível, identificação do usuário (nome, sexo, idade), odontograma e evolução. Contudo, não existia prontuário

eletrônico implantado em nenhuma das ESB. O sistema de informação utilizado ainda é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nenhuma das unidades teve capacitação para utilização do sistema e-SUS.

Tabela 2 – Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe. Pelotas, 2012/2013 (continua)

ITEM AVALIADO		N	%
A ESB realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente ^a	Sim, com a ESB	2	33,3
	Sim, com a EAB	4	66,7
A ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de SB		5	83,3
A gestão disponibiliza para a ESB informações que auxiliem na análise de situação de saúde		5	83,3
Autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses ^b	AMAQ	1	16,7
	Instrumento desenvolvido pelo município	5	83,3
ESB recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da SMS		3	50,0
Atividades que o apoiador institucional realiza	Discussão sobre o processo de trabalho da ESB e do apoio institucional	3	50,0
	Apoio e autoavaliação	3	50,0
	Apoio para monitoramento e avaliação de informações	3	50,0
	Apoio ao planejamento e organização da equipe	3	50,0
	Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	3	50,0
	Oficina com objetivo específico definido	3	50,0
	Educação permanente.	3	50,0
	Participa das reuniões com a equipe	3	50,0

Tabela 2 – Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe. Pelotas, 2012/2013 (continuação)

ITEM AVALIADO	N	%	
Como a ESB avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe	Muito bom	3	50,0
Planejamento da ESB considerando	A construção de uma agenda de trabalho	6	100,0
	As metas para a APS pactuadas pelo município	6	100,0
	Informações do sistema de informação da APS	5	83,3
	Informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)	5	83,3
	Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	4	66,7
	As questões ambientais do território	4	66,7
	Os desafios apontados a partir da autoavaliação	5	83,3
Apoio matricial à ESB	Sim, do CAPS	1	16,7
	Sim, do CEO	6	100,0
	Sim, do NASF	6	100,0
	Sim, outros centros/policlinicas de especialidades	1	16,7
	Sim, outros	1	16,7
Especialidades que a ESB recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou apoiar na resolução de casos mais complexos	PNE	5	83,3
	Cirurgia Oral	6	100,0
	Endodontia	6	100,0
	Periodontia	6	100,0
	Estomatologia	6	100,0
	Radiologia	6	100,0

Tabela 2 – Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe. Pelotas, 2012/2013 (conclusão)

ITEM AVALIADO		N	%
Especialidades que a ESB recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou apoiar na resolução de casos mais complexos	Ortodontia/ortopedia	0	0,0
	Implantodontia	0	0,0
	Odontopediatria	2	33,3
Frequência que a ESB recebe o apoio	Semanal	1	16,7
	Trimestral	1	16,7
	Sem periodicidade definida	4	66,7
Frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da ESB são atendidas pela equipe	Todos os dias da semana	1	16,7
	Alguns dias da semana	3	50,0
	Nenhum dia da semana	2	33,3

Notas: ^a- existe documento que comprove.

^b- apenas 1 tem documento que comprove.

Em relação ao planejamento da ESB, 100% consideraram a construção de uma agenda de trabalho e as metas para a APS pactuadas pelo município, enquanto que 83,3% consideravam as informações do sistema de informação da APS, as informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros) e os desafios apontados a partir da autoavaliação. E por fim, 66,7% levaram em consideração os riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras) e as questões ambientais do território.

Todas as ESB receberam apoio matricial de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); uma unidade também recebe apoio do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e uma também recebe de outros centros/políclínicas de especialidades (16,7%). Em a maioria das unidades não há uma periodicidade definida para a frequência do apoio (66,7%).

De acordo com os dados coletados na entrevista, as ESB recebem apoio de profissionais que atuaram no município para auxiliar ou apoiar na resolução de casos mais complexos nas especialidades de pacientes com necessidades especiais (PNE), cirurgia oral, periodontia, endodontia, estomatologia e radiologia, não receberam apoio para ortodontia/ortopedia, implantodontia e apenas 33,3% em odontopediatria.

A Tabela 3 apresenta os dados obtidos sobre as atividades referentes a agenda realizadas pelas ESB do município de Pelotas. Todas as equipes apontaram estarem organizadas para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território. Houve

frequência de cem por cento (100%) das ESB no que diz respeito à garantia de agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento. Todas elas relataram terem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas. Existia central de regulação disponível, que atende a todas as ESB, para o encaminhamento dos usuários para as especialidades. Das possíveis respostas para o encaminhamento do paciente obteve-se que em 83,3% das unidades a consulta foi marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente e em apenas 16,7% o paciente saiu da unidade de saúde com a consulta agendada.

Tabela 3 – Atividades de agenda realizadas nas Unidades de Saúde da Família. Pelotas, 2012/2013

ITEM AVALIADO		N	%
Agenda de atendimento clínico da ESB garante	Apenas consultas odontológicas agendadas	1	16,7
	Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda	5	83,3
Pacientes, em média, atendidos no consultório, por turno	5	1	16,7
	6	4	66,7
	8	1	16,7
Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados	Todos	2	33,3
	Maior parte, ou metade, os demais são de demanda espontânea	4	66,7
A agenda da ESB é compartilhada entre os profissionais da ESF		3	50,0
Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde.	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	1	16,7
	Dias específicos fixos em até três dias na semana	2	33,3
	Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	1	16,7
	Dia específico fixo uma vez por mês.	2	33,3
Encaminhamento do paciente	O paciente sai da US com a consulta agendada	1	16,7
	A consulta é marcada pela US e a data posteriormente informada ao paciente	5	83,3
	Outro(s)	2	33,3

Em relação às especialidades ofertadas (Tabela 4), cirurgia oral e periodontia foram assinaladas por todas as equipes. Nenhuma apresentou ortodontia/ortopedia e implantodontia enquanto 83,3% das equipes apresentavam atendimento a pacientes com necessidades especiais e radiologia. Foi analisado que 66,7% apresentavam especialidade de estomatologia e endodontia e 33,3% odontopediatria. Sobre outros procedimentos, todas realizavam

drenagem de abscesso, acesso à polpa dentária, aplicação tópica de flúor, exodontia de dente decíduo, restauração de resina composta, raspagem, alisamento e polimento supragengivais e tratamento de alveolite.

Nenhum dos cirurgiões-dentistas entrevistados realizou coleta de material de biópsia, entretanto as ESB possuíam referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca. Metade das unidades entrevistadas possuíam registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca e realizaram ações de prevenção e detecção uma vez ao ano, sendo que apenas uma das seis unidades realizou essas ações uma vez por mês.

Todas as ESB realizaram acompanhamento das gestantes por meio de consultas e atendimento em crianças de até 5 anos de idade. Cem por cento das ESB realizaram visita domiciliar e consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado). Todas as 6 ESB realizaram atividades na escola/creche, mas apenas 5 apresentaram documento que comprovasse.

Em relação à especialidade de prótese, 50% das ESB realizavam prótese total e parcial, sendo que apenas 2 delas realizaram prótese fixa. 50% não ofereceram nenhum tipo de prótese.

Havia protocolos definidos que orientavam o encaminhamento de pacientes da atenção básica para as especialidades de cirurgia oral, endodontia, periodontia e radiologia em 100% das unidades entrevistadas. Para estomatologia, 66,7% apresentavam protocolo e para pacientes com necessidades especiais a porcentagem apresentada foi de 83,3%. Não havia protocolo de encaminhamento para as especialidades de ortodontia/ortopedia e implantodontia em nenhuma das unidades.

Tabela 4 - Procedimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família. Pelotas, 2012/2013
(continua)

ITEM AVALIADO	N	%	
Especialidades ofertadas	Cirurgia Oral	6	100,0
	Endodontia	4	66,7
	Pacientes com necessidades especiais	5	83,3
	Periodontia	6	100,0
	Estomatologia	4	66,7
	Radiologia	5	83,3
	Ortodontia/ortopedia	0	0,0
	Implantodontia	0	0,0
	Odontopediatria	2	33,3
	Outra(s)	2	33,3
A ESB mantém registrado os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	Sim, de todos os usuários	5	83,3
	Sim, de alguns usuários	1	16,7
Existem protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para as especialidades	Cirurgia Oral	6	100,0
	Endodontia	6	100,0
	PNE	5	83,3
	Periodontia	6	100,0
	Estomatologia	4	66,7
	Radiologia	6	100,0
Frequência que os profissionais da ESB entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados.	Sim, algumas vezes	4	66,7
	Nunca	2	33,3
Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado.	Sim	3	50,0
Qual é o fluxo institucional de comunicação.	Reuniões técnicas com os especialistas da rede.	1	16,7
	Ficha de referencia/contra referencia com historia detalhada e sugestões de conduta.	3	50,0
	Outro(s)	2	33,3
A ESB realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde	Sutura de ferimentos por trauma	5	83,3
	Remoção de dentes impactados	1	16,7
	Frenectomia	1	16,7

Tabela 4 - Procedimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família. Pelotas, 2012/2013
(conclusão)

ITEM AVALIADO	N	%	
A ESB realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde	Remoção de cistos	3	50,0
	Restauração de amalgama	5	83,3
	Pulpotomia	5	83,3
	Ulotomia/ Ulectomia	4	66,7
	Outros	2	33,3
A ESB realiza tratamento concluído (TC)	Para todos os usuários atendidos	5	83,3
	Para alguns usuários atendidos	1	16,7
A ESB possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca	3	50,0	
A ESB realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca	Um vez ao ano	3	50,0
	Duas vezes ao ano	1	16,7
	Três vezes ao ano	1	16,7
	Todo mês	1	16,7
A ESB utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar	1	16,7	
No cuidado domiciliar, os profissionais da ESB realizam	Apenas orientações de higiene bucal	4	66,7
	Realização de procedimentos clínicos	2	33,3
	Outro(s)	2	33,3
Prótese	Prótese total	3	50,0
	Prótese parcial removível	3	50,0
	Prótese parcial removível	3	50,0
	Prótese fixa	2	33,3
	Nenhum tipo de prótese e ofertada	3	50,0
A ESB possui registro das atividades realizadas na escola/creche	4	66,7	
A ESB possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico	4	66,7	

5 DISCUSSÃO

Os principais resultados encontrados nesse estudo traçaram que o perfil dos CD entrevistados no município está voltada para a saúde pública, ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) estão sendo realizadas nas equipes, as ESB recebem apoio matricial e apoio para resolução de casos complexos e possuem uma agenda que possibilita o planejamento mensal das equipes.

Pinheiro et al. (2009) apresentam uma revisão de literatura sobre os currículos odontológicos de 1992 a 2005 e foi discutido que, na década de 90, os acadêmicos de Odontologia não apresentavam nenhuma intenção de se especializarem em saúde pública e de se dedicarem exclusivamente ao serviço público. Ainda havia a ideia de que a Odontologia deveria ser privada e de acesso a pessoas de alta renda e que a atenção odontológica no serviço público seria de má-qualidade e baixa resolubilidade. Outros autores como Miccas e Batista (2014) trazem como senso comum que a criação de uma equipe de profissionais da área da saúde se apresenta como um processo desafiador para atender às expectativas na qualidade do atendimento à comunidade.

Historicamente, sabe-se que a Odontologia foi desenvolvida distante das outras áreas da saúde, sendo limitada ao CD dentro de seu consultório odontológico. “Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe” (BRASIL, 2008, p. 19). No presente estudo, todos os profissionais tinham especialização em Saúde da Família. Observa-se que as práticas odontológicas no setor público de Pelotas estão conseguindo se tornar mais abrangentes, à medida que os profissionais estão mais capacitados para isso. Subentende-se que um profissional de Saúde da Família está melhor preparado para trabalhar em equipe multiprofissional, estender o cuidado meramente curativo das manifestações clínicas da doença para uma abordagem de prevenção e controle da doença através do conhecimento do território de cada usuário, do contexto social e familiar.

Desde que o Programa Saúde da Família (criado em 1994) deixou de ser programa e virou Estratégia (em 2006), compreende-se a real intenção de reorientar o modelo assistencial em saúde, pois programa é limitado por início, meio e fim, e estratégia tem características de permanência e continuidade (DALPIAZ; STEDILE, 2011). A revista Saúde em Debate traz em sua edição especial Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil resultados dos artigos que indicam que “a ESF tem se configurado como o modelo de organização das ações de APS

em mais de 95% dos municípios brasileiros” (2014, p.10). A inclusão da atenção odontológica através das ESB na ESF faz parte desse processo e percebe-se que há um processo de reformulação e reorganização do modelo médico-hegemônico em saúde sendo instaurado no município de Pelotas. Todos os profissionais entrevistados nesse estudo apresentaram educação continuada voltada para a integralidade, sendo elas em saúde da família e/ou saúde pública/coletiva.

Um estudo realizado no município de Pelotas em 2013 fez uma comparação entre as práticas odontológicas realizadas na atenção tradicional de saúde e as práticas realizadas pelas ESB da ESF e os resultados apontaram que as ESB se mostraram como um modelo mais produtivo, sugerindo-se sua ampliação no município (THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015). No momento da comparação do estudo citado acima, 16% das UBS apresentavam ESB como modelo de atenção odontológica. Atualmente, essa porcentagem aumentou para 26%, segundo dados do site da Prefeitura Municipal de Pelotas, 2016 (PELOTAS, 2016). Isso mostra a gradativa implantação das ESB no município, ressaltando que esse processo necessita ser continuado, por acreditar-se ser esse modelo o mais adequado. O Caderno de Atenção Básica nº17 apresenta que a ESF deve ter caráter substitutivo em relação à rede de APS tradicional nos territórios em que as equipes da ESF atuam (BRASIL, 2008).

Em 2003, a EPS foi lançada como política nacional também como forma de reorientar o processo de formação dos profissionais, de modo a desenvolver a problematização das realidades locais e assim melhorar a integralidade ao cuidado. Quando os profissionais têm conhecimento sobre o território que atuam, o planejamento e a formulação de políticas se tornam mais transformadoras. A educação continuada e a educação permanente devem andar juntas para melhorar gerenciamento da atenção odontológica e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população (MICCAS; BATISTA, 2014). Dentre as unidades avaliadas nesse estudo, todas participaram de atividades de EPS e em a maioria, a participação nas atividades foi dada pela ESB completa. Pode-se observar que a educação continuada e a educação permanente têm sido fortemente incorporadas nas equipes de Pelotas.

A EPS e a educação continuada servem como base para ações de planejamento. O ato de planejar deve ser um processo permanente, realizado assiduamente, que faça uma releitura da realidade e assim direcione as ações e os objetivos estabelecidos. (BRASIL, 2008). O planejamento é a chave para a gestão, próximo item a ser considerado nesse estudo.

Quando busca-se avaliar um sistema de saúde, é de suma importância avaliar a gestão desse sistema e se o fluxo referência-contrarreferência está funcionando. Como tratado na revisão de literatura desta monografia, as equipes de ESF devem atuar como primeiro contato

e referência (filtro) para acessar os serviços especializados. A avaliação realizada no município de Pelotas considerou a forma de agendamento do encaminhamento dos pacientes pela ESB. Os resultados obtidos mostraram alguns pontos positivos, como que a maioria das ESB mantêm registrado os usuários encaminhados para outros pontos de atenção e entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados, e também a existência de protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da ESB em praticamente todas as especialidades ofertadas.

Entretanto, foi uma limitação desse estudo apenas a forma de agendamento ter sido considerada. Para uma melhor avaliação do acesso aos serviços especializados em Odontologia, além da forma de agendamento/encaminhamento pelas ESB para os serviços de atenção secundária e terciária, outros aspectos deveriam ter sido avaliados. Encontra-se na literatura outros estudos que avaliaram o acesso aos serviços especializados considerando o tempo de espera - estimado pelos profissionais, o monitoramento pelas ESB de listas de espera para serviços especializados de pacientes encaminhados, a garantia de acesso a serviços específicos, etc. (FAUSTO et al., 2014). Espera-se que esses itens possam servir de base para os gestores municipais em uma próxima avaliação do acesso aos serviços no município.

Gomes, Barbosa e Ferla (2016) relatam que a análise aprofundada das informações resultantes do PMAQ-AB tem amplo potencial para subsidiar a tomada de decisão e dar direcionalidade à política de APS no país para garantia de atenção integral e universal. Este estudo possui grande valor para a prática de gestão em saúde bucal para o município de Pelotas, uma vez que pode ser utilizado no auxílio em novas ações de planejamento, correção de dificuldades identificadas na avaliação e melhoria do processo de trabalho das equipes.

Todavia, a metodologia desse estudo é passível de críticas. Uma das limitações foi o número de equipes avaliadas, pois abrange apenas aquelas que aderiram ao PMAQ e devido a isso, podem apresentar características diferentes, caracterizando um viés de seleção. Este estudo reflete apenas as informações obtidas no ano de 2014, que podem já ter sido modificadas na sua prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra-se importante para a gestão do município de Pelotas pois apresenta uma análise descritiva das equipes de saúde bucal da atenção primária de Pelotas e uma discussão embasada em outros estudos científicos encontrados na recente literatura, e não meramente uma apresentação de dados. Isso representa um ganho para o município pois o auxílio à interpretação de tais dados traz uma visão geral de como está sendo a atuação da saúde bucal na atenção primária e abre questões de como essa atuação pode melhorar.

A formação dos profissionais, o processo de trabalho, o planejamento, as ações de gestão, as atividades de agenda e os procedimentos realizados formam um conjunto fundamental passível de um processo avaliativo constante para melhoria da atenção odontológica. É necessária uma avaliação permanente dos serviços odontológicos, de forma a institucionaliza-la, como alguns programas já vem buscando esse propósito (exemplo PMAQ).

Somente dessa maneira é possível obter-se o conhecimento para orientar a gerência e auxiliar as tomadas de decisão, financiamento, novas propostas e assim melhorar a assistência odontológica da população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Caderno de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.
- BRASIL. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- BRASIL. Instrumento de avaliação externa para as equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 50 p. 2013
- BRASIL. Lei nº8.080, 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 República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, 2010. 144 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.
- BRASIL. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Dispõe da inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica e dá outras providências. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 mar. 2011. n. 119, Seção 1, p.67.
- BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2016.
- BROUSSELE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 291 p.
- DALPIAZ, A.K.; STEDILE, N.L.R. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luiz, ago. 2011.
- GOMES, L.B., BARBOSA, M.G., FERLA, A.A. 2016. **Atenção básica: olhares a partir**

do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) /– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7)

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, cidade, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. 2016. Disponível em:
< <http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/saude-bucal/atendimento-odontologico/>>

PINHEIRO, F.M.C. et al. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, jan./mar. 2009.

REIS, A. T. dos; OLIVEIRA, P. T. R. de; SELLERA, P. E. Sistema de avaliação para a qualificação do sistema único de saúde (SUS). **Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., ago. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

THUROW, L.L. et al. **Diretrizes da saúde bucal de Pelotas**. Pelotas. Secretaria Municipal de Pelotas, 2013.

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

TRINDADE, C.S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2010. 29 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework**. Geneva, 2009. p. 1-2