

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

NATHÁLIA MARIA LOPES DOS SANTOS

**FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
DESEMPENHO EM PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO PMAQ-AB**

PORTO ALEGRE

2015

NATHÁLIA MARIA LOPES DOS SANTOS

**FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM DESEMPENHO
EM PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. FERNANDO NEVES HUGO

PORTO ALEGRE

2015

Lopes dos Santos, Nathália Maria

FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM DESEMPENHO EM PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO PMAQ-AB / Nathália Maria Lopes dos Santos. -- 2015.

72 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Formação Profissional. 2. Saúde Bucal. 3. Atenção Básica. 4. Avaliação em Saúde. 5. Saúde da Família. I. Neves Hugo, Fernando, orient. II. Título.

“Para o êxito da construção do SUS, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, a PAIXÃO, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera contra os agravos à vida, é indispensável. ... é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos à nossa frente.

É preciso, além disso, CORAGEM pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-conceitos, enfim, ideias que não têm mais suporte na realidade. *Não podemos ser escravos de nada, nem mesmo de nossas próprias ideias.*”

David Capistrano

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por me dar as forças necessárias e determinação para concluir este trabalho em meio às atribuições profissionais que tomam quase que todo o meu tempo semanal.

Ao meu marido, Carlos Laerte, por me estimular, suportar e apoiar neste período, em que muitas vezes tive que me afastar, como esposa, e da vida social, em virtude de minhas responsabilidades com o Mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, por ter sempre acreditado no meu potencial e concordado em investigar esta questão da formação que foi sempre intrigante para mim. Também me proporcionou a oportunidade de trabalhar por 11 meses no Apoio Técnico do PMAQ/ UFRGS, o qual trouxe uma gama de conhecimentos para mim na área da gestão e contribuiu absurdamente para que eu pudesse melhorar a atenção à saúde bucal que presto aos usuários do SUS/ESF.

À Prof. Dra. Juliana Balbinot Hilgert por ter me ajudado com questões referentes à utilização do programa SPSS, bem como ao colega Jessye Giordani por ter criado algumas variáveis para o banco de dados deste trabalho.

Ao Coordenador de Saúde Bucal do município de Cachoeirinha, Paulo Abrão, por ter entendido a importância do Mestrado na minha formação profissional e, assim, conceder liberação para a realização do mesmo com o intuito de qualificar minha atuação como Cirurgiã-Dentista do município.

Aos meus colegas de Mestrado – Violeta, Aline, Caroline, Andreas, Augusto e Charlene - os quais foram importantes para a construção deste trabalho, em uma relação de apoio mútuo, que possibilitou que estes 2 anos fossem muito prazerosos e de grande aprendizado.

Ao Ministério da Saúde, por proporcionar a minha formação em Residência em Saúde da Família, a qual foi um marco transformador na minha vida profissional – de simples graduada passei à trabalhadora do SUS, apaixonada por meu trabalho e engajada com a

atenção à saúde prestada na ESF, decidida a fazer a diferença como profissional de saúde, sendo “cuidadora” e não “curadora”.

RESUMO

Frente à expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como reorientadora do modelo assistencial de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo cada vez mais na capacitação dos profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), através de cursos voltados para a Saúde da Família (SF), na forma de especialização ou residência. Desta forma, o objetivo deste trabalho é investigar a associação entre a formação profissional dos Cirurgiões-Dentistas (CD) na área de SF e o processo de trabalho – agenda programática e realização de visitas domiciliares - que é desenvolvido pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado a partir dos dados da Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, realizada entre 2013 e 2014. Abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%), 30.424 Equipes de Atenção Básica (EAB) entrevistadas em todas as regiões do Brasil. As informações advindas deste estudo referem-se à etapa de Avaliação Externa do Programa, sobre as ESB (n= 18.114), do Módulo VI, respondidas pelos CD das ESB nas Unidades de Saúde que aderiram ao PMAQ-AB, mediante entrevista e verificação de documentações *in loco*. Os dados foram analisados no software SPSS v18, sendo realizadas análises das frequências das variáveis através do teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$), segundo formação profissional, para os desfechos de interesse. Foram realizadas também análises multivariadas por meio de Regressão de Poisson com variância robusta no caso de desfechos categóricos dicotômicos (Razões de Prevalência), e da Regressão Multinomial no caso de desfechos politômicos (Odds Ratios) com intervalos de 95% de confiança e nível de significância de 5%. Profissionais com formação em SF compartilham mais sua agenda com os demais profissionais da EAB (RP: 1,04; IC de 95%: 1,03 – 1,06), organizam mais a agenda para ofertar atividades educativas de saúde bucal no território (RP:1,03; IC de 95%: 1,02 – 1,04), garantem conclusão de tratamento dos usuários mais frequentemente (OR: 1,68; IC de 95%: 1,19 – 2,38), realizam mais visitas domiciliares (VD) (RP: 1,08; IC de 95%: 1,07 – 1,09) e utilizam mais protocolo para definição de ações prioritárias nas mesmas (RP: 1,06; IC de 95%:1,04 – 1,07). Há necessidade, portanto, de qualificar os recursos humanos em Saúde Bucal (SB) para o SUS, investindo na formação em SF, para superar os efeitos do ensino em saúde, especificadamente em odontologia, ainda curativista e individualista,

fragmentado, que não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população.

Palavras-chaves: Formação profissional. Saúde Bucal. Atenção Básica. Avaliação em Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

With the expansion and consolidation of the Family Health Strategy as the reorienting care model Brazil's Primary Care, the Ministry of Health (MH) has been investing more in the qualification of professionals working in the Health System (HS) through courses focusing on Family Health (FH) - specialization or residence. The aim of this study is to investigate the association between professional qualification of Dentists in FH and the work processes - schedule and home visits - that are performed by the Oral Health Teams (OHT) participating in the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ-AB). This is a cross-sectional study, based on data of the External Evaluation of the second cycle of PMAQ-AB, conducted between 2013 and 2014. It covered 5.070 Brazilian municipalities (91%) and 30.424 Primary Health Care Teams (PHCT) interviewed in all regions of Brazil. The information of this study was retrieved from the External Evaluation phase of the program, sixty module, answered by OHT (n = 18.114) in the primary care services that have joined the PMAQ-AB. Data were analyzed using SPSS v18 software, frequencies of the variables and Pearson's chi-square tests ($p < 0.05$), according to professional qualification in relation to the outcomes of interest were carried out. Multivariate analysis using Poisson Regression with robust variance in the case of dichotomous categorical outcomes (Prevalence Ratios), and Multinomial Regression in the case of polytomous outcomes (Odds Ratios) were also carried out and data are presented with its respective 95% Confidence Intervals at a significance level of 5%. Professionals with qualification in FH share their schedule with other professionals (PR: 1.04; CI: 1.03 to 1.06), organize their schedule to offer educational activities in oral health (PR: 1.03; CI: 1.02 to 1.04), complete the treatment of much more users (OR: 1.68; CI: 1.19 to 2.38), perform home visits (RP: 1.08; CI: 1.07 to 1.09) and use protocol for priority actions more frequently (OR: 1.06; CI: 1.04 to 1.07) more frequently than professionals without a degree in FH. Therefore, the findings suggest the importance of providing qualification in FH to Dentists working in Brazil's Primary Care. It is very important to overcome the effects of biomedical education on health care workforce, specifically in dentistry, in order to surpass the restorative and individualistic approach that is currently part of many of PHC's dental teams, which is not guided by the epidemiological, social, cultural and economic situation of the population.

Key words: Professional qualification. Oral health. Primary Health Care. Health evaluation. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CD – Cirurgião (ões) – Dentista(s)

DAB – Departamento de Atenção Básica

EAB – Equipe (s) de Atenção Básica

ESB – Equipe (s) de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PMAQ – AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

Polos-SF – Polos de Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – visita (s) domiciliar (es)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 A Formação de Recursos Humanos para o SUS.....	19
2.2 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.....	22
3 HIPÓTESE	26
4 OBJETIVO.....	27
4.1 Objetivo Geral.....	27
4.2 Objetivos Específicos.....	27
5 MANUSCRITO	28
5.1 Resumo.....	28
5.2 Abstract.....	29
5.3 Resumen.....	29
5.4 Introdução.....	30
5.5 Metodologia	32
5.6 Resultados.....	36
5.7 Discussão.....	43
5.8 Conclusão.....	46
5.9 Referências.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	60

APÊNDICE A – Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas à organização da agenda com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.....	60
APÊNDICE B - Tabela 2: Distribuição das variáveis relacionadas ao agendamento das consultas com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.....	61
APÊNDICE C - Tabela 3: Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.....	62
APÊNDICE D - Tabela 4: Distribuição das variáveis relacionadas às Visitas Domiciliares com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.....	63
APÊNDICE E - Tabela 5: Regressão Multinomial para Tipos de consultas ofertadas.....	64
APÊNDICE F - Tabela 6: Regressão Multinomial para Número de pacientes agendados do total de pacientes atendidos.....	65
APÊNDICE G - Tabela 8: Regressão Multinomial para não realização de tratamento concluído.....	67
APÊNDICE H - Tabela 7: Regressão de Poisson para Forma de agendamento das consultas.....	66
APÊNDICE I - Tabela 9: Regressão de Poisson para não compartilhamento da agenda da ESB com EAB.....	68
APÊNDICE J - Tabela 10: Regressão de Poisson para não organização da agenda para ofertar atividades educativas de SB no território.....	69
APÊNDICE K - Tabela 11: Regressão de Poisson para não garantia de retorno de usuário que já iniciou tratamento.....	70
APÊNDICE L - Tabela 12: Regressão de Poisson para não realização de Visita Domiciliar.....	71
APÊNDICE M - Tabela 13: Regressão de Poisson para não utilização de protocolo para definição de ações prioritárias nas Visitas Domiciliares.....	72

APRESENTAÇÃO

O trabalho apresentado a seguir consiste na dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Esta pesquisa faz parte do estudo intitulado: “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”. Possui abrangência nacional e foi executada de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. Abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%) e 30.424 Equipes de Atenção Básicas (19.898 possuíam Equipes de Saúde Bucal) entrevistadas em todas as regiões do Brasil. Os resultados advindos deste estudo referem-se às avaliações do Módulo VI, respondidas pelos Cirurgiões-Dentistas das Equipes de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

Para fins de organização didática, esta dissertação será apresentada no seguinte formato:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Hipótese e Objetivo;
2. Manuscrito;
3. Considerações finais.

Os documentos de apoio – apêndices, os quais mostram todos os resultados obtidos através deste estudo - serão apresentados no final.

1 INTRODUÇÃO

Desde sua criação, a partir da Constituição Federal de 1988, o SUS vem sofrendo inegáveis transformações. Em 1994, o MS institucionalizou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje ESF, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente no país, revertendo a forma de prestação de assistência à saúde que organizava a Atenção Básica (AB) (ARAÚJO, DIMENSTAIN, 2006). No entanto, os profissionais de SB só foram inseridos nesta proposta a partir dos anos 2000, através da Portaria nº 1.444.

Alicerçadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (2004) e pela última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012), mudanças na atuação da ESB vêm ocorrendo. Cada vez mais, o CD não deve ter sua atuação reduzida ao consultório dentário somente, mas sim deve realizar a atenção em Saúde Bucal (SB) através de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva, a todas as famílias sob seu território adstrito (BRASIL, 2012a). Assim, seu processo de trabalho deve estar pautado no conhecimento das famílias sob sua abrangência, na identificação de problemas de saúde e situações de risco da comunidade, no planejamento local, com rompimento da lógica biomédico-curativa, com enfoque para as ações educativas e intersetoriais, além de atividades de monitoramento e avaliação de ações programáticas, buscando criar vínculos entre profissionais e usuários, fazendo valer, portanto, o princípio da integralidade da atenção.

Entretanto, muitas vezes, os profissionais mostram-se despreparados para lidar com esta nova lógica de atenção à SB em virtude de sua formação ter sido voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (ARAÚJO, DIMENSTAIN, 2006). Desta forma, mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação de Odontologia vêm sendo instituídas desde 2002, contemplando o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe multidisciplinar (BRASIL, 2002).

Assim, com a expansão crescente da cobertura populacional e do investimento tripartite da ESF no Brasil, que representa os esforços para desenvolver um processo de mudança na cultura de gestão e qualificação da AB (BRASIL, 2013a), e a inserção da ESB como possibilidade de mudança no processo de trabalho, mais pautado na equipe

multiprofissional e na integralidade da atenção, o MS instituiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), linha de base do Programa de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF), como tentativa de institucionalizar a avaliação da AB no Brasil. Posteriormente, o MS lançou em 2011 o PMAQ-AB. O PMAQ se insere em um contexto no qual o governo se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade do SUS. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013a).

Observa-se, portanto, a partir deste contexto, a necessidade de qualificar o cuidado em saúde, notadamente em SB, através da formação de recursos humanos para atuação resolutiva, conforme os princípios do SUS e desenvolvimento de um processo de trabalho de acordo com as necessidades da população assistida, bem como com os princípios da AB de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

Desta forma, este estudo se justifica pela importância de entender que trabalhar na AB requer um olhar diferenciado para o indivíduo, para a família e para a comunidade. Um olhar que enxerga para além da doença e de sua reabilitação, levando em consideração os determinantes sociais e econômicos envolvidos no processo saúde-doença. Um olhar que percebe a importância de abordar aspectos preventivos e promotores de saúde na realização de grupos e outras atividades, inclusive naquelas de âmbito escolar e com a comunidade. Um olhar que entende o usuário como pertencente àquela equipe e planeja ações que possam contemplar suas necessidades. Enfim, significa realizar práticas de trabalho equitativas, integrais, com foco na resolutividade e no cuidado dos indivíduos, independente de sexo, raça, cor, crenças religiosas e nível socioeconômico.

Além disso, é crescente o investimento do MS, mais especificadamente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na formação dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS – em 2013 foram cerca de R\$ 36,3 milhões investidos somente no pagamento de bolsas em Residência Multiprofissional (GUEDES, 2013), seja para promover mudanças na formação inicial em saúde, através dos Projetos Pró-Saúde e PET Saúde, seja para preparar os profissionais para atividades clínico-assistenciais que os aproximem da realidade de indivíduos e famílias que estão sob seu cuidado, através das Especializações em SF (UNA-SUS) e das Residências Multiprofissionais em SF. Isto

ocorre porque qualificar recursos humanos na saúde é entendido como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de aceitar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho nos diferentes espaços do SUS (MACHADO, 2003).

Assim, é de suma importância, então, avaliar se este investimento em formação de profissionais para o SUS, mais especificadamente na AB, cumpre com os objetivos a que se propõe. Isso porque se espera que os profissionais com a formação *lato sensu* Especialização e/ou Residência em SF possam ser potenciais modificadores do processo de trabalho, tornando-se mais humanizados, integradores e capazes de atuar com qualidade e resolutividade no SUS. Desta forma, acredita-se que a formação e a qualificação profissionais dos CD, especialmente aqueles com formação em Residência Multiprofissional em SF, modificam o processo de trabalho das ESB da AB, através da organização da demanda programática e a realização de VD, visto que esta formação articula os conhecimentos adquiridos com a vivência prática nos serviços de saúde, permeada por um suporte pedagógico específico e voltada às necessidades da população, extrapolando o âmbito puramente científico/clínico (NASCIMENTO, QUEVEDO, 2008).

2 REVISÃO DA LITERATURA

O PSF, hoje ESF, surgiu no Brasil em 1994 com o objetivo de proceder à organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (BRASIL, 2006). É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2014).

Entretanto, a inclusão da SB nesta nova estratégia só se deu nos anos 2000, através da Portaria Ministerial nº 1.444, a qual representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da SB no âmbito dos serviços de saúde. Isso foi possível somente a partir da divulgação dos resultados da Pesquisa Suplementar de Saúde – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, a qual constatou que 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca haviam consultado um dentista, revelando um grave quadro de exclusão no acesso aos serviços odontológicos no país (ALBUQUERQUE, 2010). Assim, a inserção da SB na ESF representou a iniciativa de tornar as ações em SB um direito a todos os cidadãos brasileiros, legitimando os princípios constitucionais do SUS (LUCAS, 1995; ALBUQUERQUE, 2010).

Complementarmente a este processo, o Ministério da Educação, em 2002, publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Odontológico, as quais são de fundamental importância para a inserção dos CD no SUS e na ESF. Nelas consta que a formação do CD deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe. Além disso, deve atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética (BRASIL, 2002).

Alicerçado a isso, tivemos, em 2004, a divulgação das Diretrizes da PNSB que apontam para uma reorganização da atenção em SB em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Tem como princípios norteadores das ações a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional (BRASIL, 2004a).

Contribuindo ainda para este processo, tivemos em 2011, a publicação da Portaria 2.488, o qual instituiu a última PNAB. Através dela, ressalta-se que a AB é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a).

Desta forma, a PNAB tem na SF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB no Brasil (BRASIL, 2011a). No entanto, essa nova estratégia exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença e, sobretudo, modos de intervenção que vão além da prática curativa (MERHY, 2003).

Segundo ressaltado na PNAB (BRASIL, 2012a):

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

2.1 A Formação de Recursos Humanos para o SUS

Reconhecem-se, assim, os esforços que vêm sendo efetivados nos últimos anos, no que se refere à formação de recursos humanos para a saúde, sob o argumento de consolidar o modelo do SUS, pois de uma maneira geral a formação dos trabalhadores desse setor permanece centrada na doença, no paradigma biologicista (AMANCIO FILHO, 2004). No entanto, a formação em odontologia é um exemplo que sempre esteve pautada principalmente no exercício privado da profissão, no ensino fragmentado em disciplinas e centrado na doença, formando profissionais de saúde com uma visão segmentada do paciente e geralmente incapaz de atuar como promotor da saúde integral (MARANHÃO, 2004).

A inserção da SB na SF defronta-se, então, com a precária disponibilidade dos profissionais de saúde dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (MORITA et al, 2007). Frente a isso, torna-se preciso construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, na perspectiva de possibilitar ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social (AMANCIO FILHO, 2004). Assim, frente à expansão da SB no âmbito do SUS, requer-se um trabalhador com capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de atuar em equipe e de auto-organizar-se. É preciso pensar em uma formação profissional orientada para o trabalho, que objetive integrar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos (AMANCIO FILHO, 2004).

Pensando nesta falta de profissionais com formação adequada e com perfil generalista para atuar na ESF, como um obstáculo para sua consolidação no país (BRASIL, 2006), o MS assumiu institucionalmente, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DeGEs), a responsabilidade de reorientar ações de formação dos profissionais de saúde para que tenham como foco novos modos de cuidar e ensinar em saúde (BRASIL, 2004b). Logo, muitas ações de formação de profissionais têm sido desenvolvidas com o apoio do Governo Federal, com a finalidade de capacitar profissionais de saúde para atuarem na ESF (BRASIL, 2000; MOREIRA DA SILVA, FRACOLI, CHIESA, 2011).

Outras iniciativas foram, então, sendo propostas no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, as quais possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições,

no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS (BRASIL, 2004b). Ainda em meados da década de 90, o MS propôs os Polos de Saúde da Família (Polos-SF) com o objetivo de criar espaços de desenvolvimento de parcerias entre o poder público e as instituições de ensino, para a preparação dos profissionais que iriam compor as equipes de SF no Brasil. Esses polos destinavam-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente (BRASIL, 2000).

Em curto prazo, os Polos-SF objetivavam ofertar treinamento introdutório para as equipes de SF e apoiar o processo de acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes. Já em médio prazo, objetivavam implantar programas de Educação Permanente para os profissionais da ESF, bem como cursos de especialização em SF e outras formas de pós-graduação. Foram mais de 30 polos implementados em todo o Brasil, congregando em torno de 104 instituições de ensino para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em SF (BRASIL, 2001).

A partir dos Polos- SF, o MS vem cada vez mais se comprometendo e investindo em políticas de formação de recursos humanos para a saúde, pois entende que estes são essenciais para atender às necessidades do SUS. Isto porque a ESF estimula e desenvolve um processo de trabalho diferenciado nos cuidados à saúde e, assim, requer profissionais aptos para implementar este novo modelo assistencial, pautado na transformação de práticas convencionais e estanques em abordagens multiprofissionais, com enfoque na atenção integral e contínua de indivíduos e famílias (CORDEIRO, 2000).

Assim, os cursos de capacitação em SF, na forma de especialização ou residência, têm sido construídos com caráter multiprofissional, sendo lócus de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil (LOCH-NECKEL et al, 2009).

Ao pensar que a ESF necessita de profissional de saúde preparado para realizar a prática generalista, condizente com a realidade e necessidades de seu cotidiano de trabalho, os cursos de especialização precisam oferecer estratégias pedagógicas que proporcionem aos profissionais a oportunidade de aprender a aprender, de reconhecer que seu ambiente de trabalho é também espaço para o processo ensino/aprendizagem (LOCH-NECKEL et al, 2009). Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional

precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA, TRAD, 2005).

Pautados nestas necessidades estão os cursos de pós-graduação *lato sensu* em SF, os quais objetivam habilitar seus alunos para atuarem com enfoque mais ampliado no processo saúde-doença, desfazendo-se da lógica curativa. Neste contexto, ressalta-se a importância, também, da Residência Multiprofissional em SF, cujo objetivo principal é a formação de profissionais de nível superior para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social. Estas se apresentam como uma alternativa para a mudança das práticas assistenciais em saúde, capazes de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população (GIL, 2005). Propõem uma ruptura com a visão reducionista, corporativa-centrada, para o eixo usuário-centrado e promovem a integração entre o trabalho e educação, nas diferentes profissões, nas diferentes áreas de conhecimento e entre o ensino, serviço e gestão (CECCIM, 2005).

Desta forma, espera-se que um profissional capacitado através destas modalidades de formação *lato sensu* tenha uma nova conduta e um novo olhar profissional, humanizado, centrado no usuário, com integralidade da atenção e postura crítica-reflexiva. Que ele seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, com objetivo de aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2006). Deve basear-se em uma prática interdisciplinar e em equipe, com a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e acompanhando e avaliando sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do seu processo de trabalho (BRASIL, 2006). Também, deve programar e implementar atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva; realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde, entre outras funções (BRASIL, 2011a).

2.2 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

Todo este contexto relatado anteriormente só vem a afirmar, por conseguinte, a importância da AB como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços do SUS, além de ter aumentado expressivamente o financiamento e o investimento na mesma por parte do MS. Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso na AB foram sendo articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade, tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. É neste contexto que surge, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto à criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012). O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em saúde (BRASIL, 2013a).

Tem como objetivos específicos ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições

de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2013a).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2011b). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta denomina-se “Recontratualização”.

A primeira fase do PMAQ é a etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as EAB e os gestores municipais, e desses com o MS em um processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2011b). O caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito. É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

Após a homologação da adesão, realizada pelo MS, o município passa a receber, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, por EAB participante, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada. Este componente terá valor integral correspondente à R\$ 8.500,00 por EAB, podendo chegar até R\$ 11.000,00 quando houver ESB vinculada. Desse modo, cada município receberá, ao aderir ao programa, R\$ 1.700,00 por EAB e R\$ 2.200,00 quando houver ESB vinculada à EAB. Após o processo de Avaliação Externa do programa, o valor a ser transferido por EAB será vinculado ao seu desempenho (BRASIL, 2013c).

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa na qual se dá o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal, mas com o apoio das gestões estaduais e MS, com o intuito de promover os movimentos de

mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2011b). Buscam-se quatro estratégias nessa fase: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.

A terceira fase é a Avaliação Externa, que consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB e para reconhecimento e valorização dos esforços e resultados dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012b). É realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa, as quais organizam e desenvolvem os trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que irão aplicar o instrumento de avaliação. A avaliação gerará um *escore*, o qual resultará em uma certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde pelo MS (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

O *escore* leva em conta três componentes: 10% refere-se à realização da autoavaliação pela EAB, 20% refere-se ao desempenho da EAB nos indicadores monitorados durante toda a fase de Desenvolvimento e 70% resultam da aplicação dos instrumentos de Avaliação Externa (BRASIL, 2011b). Estes últimos estão organizados em sete módulos, conforme o método de coleta das informações: módulo I – observação na UBS; módulo II – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; módulo III – entrevista com o usuário na UBS; módulo IV – Núcleo de Apoio à SF (NASF); módulo V – Saúde Bucal - observação na UBS; módulo VI - entrevista com o profissional da ESB e verificação de documentos na UBS; módulo VII – satisfação do usuário com a ESB (BRASIL, 2013b).

A partir da Avaliação Externa, as EAB são classificadas em quatro categorias: desempenho insatisfatório, desempenho regular, desempenho bom e desempenho ótimo. Com relação às ESB, nos casos em que a equipe seja classificada como insatisfatória, o gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo referente a essa equipe, tendo que assumir um termo de ajuste. Quando a equipe for classificada como regular, o gestor permanecerá recebendo 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 500,00), mas a equipe terá também que, mediante recontractualização, assumir um termo de ajuste. Quando a equipe for classificada como boa, o repasse referente a ela passará a ser de 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 1.500,00) e, quando for classificada como ótima, o repasse será de 100% do Componente de Qualidade (R\$ 2.500,00) (BRASIL, 2013c).

O PMAQ busca, então, estimular desde uma política nacional à implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano. Logo, trata-se de uma política nacional que estimula os atores implicados a implantar dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, gestão colegiada, conselhos locais de saúde, etc (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

Há a preocupação da avaliação não só com a estrutura e o processo, mas com os resultados mais imediatos da atenção à saúde e com a entrada em cena da perspectiva e avaliação do usuário (BRASIL, 2012b). Os instrumentos contemplam, assim, também os resultados concretos obtidos no acesso e na qualidade da atenção a grupos específicos, como as mulheres, crianças, gestantes, pessoas com condições crônicas, pessoas com transtornos mentais, entre outros e combinam isso com a perspectiva do usuário, tanto sobre os resultados como sobre os efeitos diretos das mudanças (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

A quarta e última fase é fase de conexão, é fase de reprocessamento, de reinício, de recontractualização. Exige um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo em que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012). Estabelece que a cada ciclo, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2011b).

3 HIPÓTESE

Se aceita a hipótese alternativa de que a formação profissional dos CD em SF influenciam positivamente os processos de trabalho das ESB da AB.

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre a formação e qualificação profissional dos CD nas áreas de SF e indicadores de processo de trabalho que são desenvolvidos pelas ESB da AB.

4.2 Objetivos Específicos

- Investigar a associação entre organização da agenda de trabalho da ESB (demanda programática) e a formação dos CD em SF.
- Investigar a associação entre a realização de VD e a formação dos CD em SF.
- Analisar as distribuições de frequência dos indicadores de processo de trabalho das ESB na SF em relação às macrorregiões brasileiras.

5 MANUSCRITO

Formação em Saúde da Família e sua associação com desempenho em processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica: Uma análise dos dados do PMAQ-AB

Qualification in Health Family and its association with work processes performance of Oral Health Teams of Primary Health Care: An analysis of PMAQ-AB's data

(artigo para o periódico Cadernos de Saúde Pública)

Nathália Maria Lopes dos Santos

Fernando Neves Hugo

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Saúde Bucal Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

Agradecimentos: Departamento de Atenção Básica DAB/MS, todas as Instituições de Ensino Superior que realizaram a Avaliação Externa e às Equipes de Saúde Bucal dos municípios, respondentes deste estudo.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

5.1 Resumo

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta como pressuposto qualificar a Atenção Básica (AB) e adequar o processo de trabalho ao novo modelo de atenção à saúde. Objetiva-se investigar a associação entre a formação profissional dos Cirurgiões-Dentistas em Saúde da Família (SF) e o processo de trabalho, considerando a organização da demanda programática e a realização de visitas domiciliares (VD). Estudo transversal, multicêntrico, com 18.114

Equipes de Saúde Bucal (ESB) que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, através de instrumento estruturado. Profissionais com formação em SF compartilham mais sua agenda com os outros profissionais da AB, organizam mais a agenda para ofertar atividades educativas de Saúde Bucal (SB), garantem conclusão de tratamento dos usuários mais frequentemente, realizam mais VD e utilizam mais protocolo para definição de ações prioritárias. Investir em formação em SF pode ser importante, portanto, para a efetivação de mudanças no modelo de atenção à SB, o qual ainda é pouco preocupado no cuidado integral.

Palavras-chave: Formação profissional; Saúde Bucal; Atenção Básica; Avaliação em Saúde; Saúde da Família.

5.2 Abstract

The National Oral Health Policy emphasizes the importance of qualifying Primary Health Care (PHC) and adapting its work process to the new health care model. This study aims to investigate the association between the qualification of Dentists in Family Health (FH) and the work process, considering the organization of programmatic demands and home visits (HV). Cross-sectional and multicenter study, with 18.114 Oral Health Teams (OHT) that participated of the PMAQ-AB second's cycle. Data were collected through interviews, using a structured instrument. Professionals with qualification in FH share more their schedule with other professionals, organize more their schedule to offer educational activities in Oral Health (OH), complete the treatment of much more users, perform more HV and use protocol for priority actions more frequently. Investment in qualification in FH can be important, therefore, for the effectiveness of changes in the model of OH care, which is even less concerned in comprehensive care.

Key words: Staff development; Oral health; Primary Health Care; Health evaluation.; Family Health.

5.3 Resumen

La Política Nacional de Salud Bucal enfatiza la importancia de la calificación de la Atención Primaria de Salud (APS) y la adaptación de su proceso de trabajo para el nuevo modelo de atención de salud. Este estudio tiene como objetivo investigar la asociación entre la

calificación de Dentistas en Salud de la Familia (SF) y el proceso de trabajo, teniendo en cuenta la organización de las exigencias programáticas y visitas domiciliarias (VD). Transversal y multicéntrico estudio, con 18.114 equipos de salud bucal (ESB) que participaron del ciclo de la segunda PMAQ-AB. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, el uso de un instrumento estructurado. Profesionales con titulación en SF comparten más su calendario con otros profesionales de la ESB, organizan más su agenda para ofrecer actividades educativas en Salud Oral (SO), completan el tratamiento de un mayor número de usuarios, realizan más VD y utilizan más protocolo para acciones prioritarias. La inversión en capacitación en SF puede ser importante, por lo tanto, para la efectividad de los cambios en el modelo de atención SB, que es incluso menos preocupados en la atención integral.

Palabras-clave: Desarrollo de personal; Salud Bucal; Atención Primaria; Evaluación de la Salud; Salud de la Familia

5.4 Introdução

No Brasil, a consolidação da avaliação começa lentamente a ter contornos mais nítidos e a se tornar prática institucional e institucionalizada ¹. A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a Atenção Básica (AB) em Saúde em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação ². A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, aponta como pressuposto importante assumir o compromisso de qualificação da AB, bem como ampliar e qualificar a assistência em Saúde Bucal (SB) para reorientar e adequar o processo de trabalho ao novo modelo de atenção à saúde proposto ³. Assim, no contexto do conjunto de ações e programas que fazem parte da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o MS lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ^{4,5}.

A partir do PMAQ, aposta-se, assim, na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, visto que há necessidade de

qualificação dos processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB), incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Para isso, avalia, reconhece e valoriza, através de incentivos financeiros, aqueles que avançam na direção dos resultados esperados, segundo padrões de qualidade estabelecidos nacionalmente ⁴.

Para reafirmar o papel da AB como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde e estimular a real mudança no modelo de atenção alicerçado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), há a necessidade de se investir continuamente na formação e qualificação dos profissionais de saúde para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento de recursos humanos, desta forma, representa um papel de suma importância para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente ⁶. Pensando nisso, o MS, desde o fim da década de 90, vem investindo na capacitação de recursos humanos para a AB, através de cursos de aperfeiçoamento, de atualização e de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SF) ⁷.

Profissionais com formação voltada para o SUS tendem a conhecer o SUS e as políticas de saúde, adquirindo uma postura de atuação compromissada com as necessidades do mesmo ^{8,9}, importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho ⁸. São capazes de prestar uma atenção integral mais humanizada, de trabalhar em equipe, de compreender melhor a realidade em que vive a população, rompendo com o modelo flexneriano de formação que privilegia a abordagem individual e curativa, é pautado nas especialidades, fragmentado, incapaz de transcender o espaço do consultório e propor um diagnóstico sobre o coletivo e suas intervenções ¹⁰. Entretanto, não há estudos abrangentes, de base nacional e com validade externa que evidenciem se a formação em saúde da família está associada a melhor desempenho em processos de trabalho que são estratégicos para a reorientação da atenção proposta tanto pela PNAB como pela PNSB.

A formação do Cirurgião-Dentista (CD) em SF, assim como outros profissionais da EAB, deve estar pautada na capacidade de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações que respondam às necessidades da comunidade ¹¹, para além do paradigma curativo e pontual. Além disso, conforme a PNSB, os profissionais da SB devem: atuar interdisciplinarmente e multidisciplinarmente, não se limitando ao campo biológico ou técnico-odontológico, mas sim interagindo com profissionais de outras áreas; assegurar integralidade de atenção em SB, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a

prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento das ações; centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença; e ampliar e qualificar a assistência prestada, considerando acesso, acolhimento, vínculo, ética e responsabilidade profissional³. Ter formação profissional adequada para trabalhar na AB é, portanto, fundamental para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e para as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes e com os usuários, proporcionando uma melhora na qualidade da assistência prestada¹¹.

Logo, devido à falta de evidências na área de avaliação da formação profissional dos CD das ESB e sua relação com os processos de trabalho por eles desenvolvidos, este estudo tem como objetivo investigar a associação entre a formação profissional dos CD na área de SF e os indicadores de processo de trabalho que são desenvolvidos pelas ESB da AB, levando em consideração a organização da demanda programática e a realização de visitas domiciliares (VD).

5.5 Metodologia

Este é um estudo observacional transversal realizado a partir dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB. Possui abrangência nacional e foi executado de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do MS. Abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%), 30.424 EAB (90%) e 19.898 ESB (89%) em todas as regiões do Brasil⁴. Todas as EAB, incluindo as de Saúde Bucal (SB), puderam aderir ao PMAQ-AB voluntariamente, pressupondo um processo inicial de pactuação entre equipes e gestores municipais. A adesão se deu por meio de formulário eletrônico preenchido pelos gestores municipais, disponibilizado no sítio do programa, sendo avaliadas apenas as equipes que formalizaram a adesão.

As informações deste estudo são referentes à etapa de Avaliação Externa do Programa, sobre as avaliações do Módulo VI, respondidas pelos profissionais de SB nas Unidades de Saúde (n=18.114), mediante entrevista e verificação de documentações *in loco*. As avaliações foram realizadas com contato prévio do entrevistador com o profissional respondente, sendo este último, na maioria das vezes, o CD.

A Avaliação Externa iniciou-se após a fase de adesão dos municípios ao Programa, sendo realizada entre novembro de 2013 e julho de 2014. Para o trabalho em

campo, foram selecionados avaliadores externos que participaram de um processo de formação centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB. A coleta foi realizada por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente, abrangendo sete módulos com questões que avaliaram aspectos referentes à estrutura das UBS, aos processos de trabalho desenvolvidos pelas ESB, entre outros.

Após a realização da Avaliação Externa, os dados coletados foram enviados via rede a um servidor do MS para que fossem validados. Para o estabelecimento de um padrão mínimo e máximo na averiguação da informação coletada *in loco*, os parâmetros de validação, que estão disponíveis no manual intitulado “Protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados”, distribuído pelo MS às Universidades que realizaram a avaliação externa do programa, são os seguintes: a) tempo de coleta (no módulo II entre 1 e 2 horas e, ainda, devido à complexidade e à natureza detalhada dos questionários, foi definido que cada bloco dentro do módulo deveria durar no mínimo 15 minutos). Uma aplicação menor poderia indicar que o avaliador não aplicou devidamente as perguntas elencadas em cada bloco. O início e o término da aplicação deveriam ser entre as 7 e 19 horas. b) Proporção de resposta “Não sabe/Não Respondeu” (não podendo passar de 15% do total de respostas de cada bloco). c) Correspondência das coordenadas geográficas captadas pelo *tablet* e a localização da UBS. Caso alguns desses parâmetros não estivessem dentro dos padrões definidos pelo MS, o supervisor de campo deveria entrar em um ambiente eletrônico virtual específico de validação das informações e justificar essa inconsistência.

Foram selecionadas variáveis do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB referentes à ESB que pudessem refletir questões relacionadas à formação e qualificação dos profissionais de SB e ao processo de trabalho das mesmas, no que se refere à organização da demanda programática e realização de visitas domiciliares.

As variáveis foram descritas no instrumento da Avaliação Externa do PMAQ-AB, módulo VI, “Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde”⁵, o qual contém 22 blocos que avaliam informações relacionadas ao processo de trabalho das ESB. Foram selecionados os seguintes indicadores, conforme quadro abaixo:

Variáveis	Opções de resposta
Possui ou está em formação complementar ?	Sim Não
Possui quais destes processos de formação?	Especialização em SF Residência em SF
Qual é o seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário Cargo comissionado Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) Contrato temporário por prestação de serviço Emprego público CLT Contrato CLT Autônomo Outros Não sabe ou não respondeu
A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	Apenas consultas odontológicas agendadas Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea Consultas odontológicas espontâneas e de agenda
Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?	Todos Maior parte, os demais são de demanda espontânea Metade, os demais são de demanda espontânea Nenhum, todos são de demanda espontânea
A agenda da ESB é compartilhada com os profissionais da Equipe da Saúde da Família?	Sim Não

A agenda da ESB está organizada para ofertar atividades educativas de SB no território?	Sim Não
Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário Em qualquer dia da semana, em horários específicos Dias específicos fixos em até 3 dias na semana Dias específicos fixos em mais de 3 dias na semana Dia específico fixo uma vez por mês
A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim Não
A ESB realiza tratamento concluído (TC)?	Para todos os usuários atendidos Para alguns usuários atendidos Nunca realiza TC
A ESB realiza visita domiciliar?	Sim Não
A ESB utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para a visita domiciliar?	Sim Não

Além destas variáveis apresentadas acima, foram analisadas no presente estudo as macrorregiões (Norte/Nordeste/Centro-Oeste/Sul/Sudeste) onde cada equipe estava localizada, para fins de ajuste somente de potencial de confundimento.

No sentido de possibilitar uma melhor análise da relação entre formação profissional (graduação e formação em SF) e processo de trabalho das ESB, algumas variáveis foram criadas e outras recategorizadas. “Formação em SF – com opção de resposta Especialização e Residência? (a. sim; b. não)” foi criada; “Qual o seu tipo de vínculo?”, com 8 opções de respostas, foi recategorizada em 4 respostas – “a. Estatutário; b. CLT (o qual contempla as opções da entrevista referentes a emprego público CLT e contrato CLT); c. Contrato temporário (o qual contempla as opções da entrevista referentes a cargo comissionado,

contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) e contrato temporário por prestação de serviço) e d. Outros (o qual contempla as opções da entrevista referentes a autônomo, outros e não sabe ou não respondeu)”; Como são agendadas as consultas odontológicas na US?”, com 5 opções de resposta, foi recategorizada em 2 possíveis - a. em qualquer dia da semana, em qualquer horário; b. em dias e horários específicos (a qual contempla as opções da entrevista referentes a qualquer dia da semana, em horários específicos; dias específicos fixos em até 3 dias na semana; dias específicos fixos em mais de 3 dias na semana; dia específico fixo uma vez por mês).

Os dados foram analisados no software SPSS v18. Foram realizadas análises das frequências das variáveis, realizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson para avaliar diferenças significativas ($p < 0,05$), segundo formação profissional, para os desfechos de interesse. Foram realizadas análises multivariadas para verificar se havia associação entre a formação e os indicadores de processo de trabalho, por meio de Regressão de Poisson com variância robusta no caso de desfechos categóricos dicotômicos, e da Regressão Multinomial no caso de desfechos politômicos. São apresentadas Razões de Prevalência, quando da análise de desfechos dicotômicos, e Odds Ratios, no caso de desfechos politômicos, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Foi utilizado o nível de significância de 5%.

Este estudo, registrado sob o número 21904, foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado em 01 de março de 2012 por estar adequado ética e metodologicamente, de acordo com a resolução 196/96 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5.6 Resultados

Os dados demonstram que, das 19.898 ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, 18.114 ESB participaram da Avaliação Externa. Como pode ser visto na Tabela 1, há um maior número de equipes pertencentes à macrorregião Nordeste (42,5%). Quanto à formação complementar, 12.581 dos CD respondentes (69,5%) possuem algum tipo, sendo destes 4.272 (34%) em SF (Especialização ou Residência). No que se refere ao vínculo, 17.956 responderam, sendo que 7.993 (44,5%) são estatutários. Quanto ao processo de trabalho, 16.304 (90%) fornecem consultas agendadas e de demanda espontânea, 13.373 (73,8%) agendam a maior parte dos pacientes, 9.500 (52,4%) permitem o agendamento das

consultas em dias e horários específicos, 12.007 (66,3%) compartilham a agenda com a EAB, 16.407 (90,6%) organizam a agenda para ofertar atividades de educação em SB no território. Além disso, 16.639 (91,9%) garantem retorno para continuidade de tratamento de quem já iniciou e 11.224 (62%) realizam tratamento concluído para todos os usuários. Quanto às visitas domiciliares, 14.178 (78,3%) das ESB respondentes as realizam, mas somente 7.455 (41,2%) utilizam protocolo para definição de ações prioritárias para a realização de VD, enquanto 3936 (21,7%) não souberam responder se há a utilização de algum protocolo.

Tabela 1: Frequências das variáveis do estudo – Avaliação Externa PMAQ 2013/2014.

Variável	n (%)	
Macrorregião	Norte	1263 (7,0%)
	Nordeste	7700 (42,5%)
	Centro-Oeste	1572 (8,7%)
	Sul	2552 (14,1%)
	Sudeste	5027 (27,8%)
Formação complementar	Sim	12581 (69,5%)
	Não	5533 (30,5%)
Formação complementar em SF	Sim	4272 (34%)
	Não	8309 (66,0%)
Tipo de vínculo	Estatutário	7993 (44,5%)
	CLT	6732 (16,7%)
	Contrato temporário	2997 (37,5%)
	Outros	234 (1,3%)
Tipos de consultas garantidas	Apenas agendadas	543 (3,0%)
	Apenas de demanda espontânea	1267 (7,0%)
	Agendadas e de demanda espontânea	16304 (90,0%)
Número de agendados do total de pacientes	Todos	891 (4,9%)
	Maior parte	13373 (73,8%)
	Metade	3054 (16,9%)
	Nenhum	796 (4,4%)

Forma de agendamento das consultas	Em qualquer dia, em qualquer horário	8614 (47,6%)
	Em dias e horários específicos	9500 (52,4%)
Agenda compartilhada com a EAB	Sim	12007 (66,3%)
	Não	6107 (33,7%)
Agenda organizada para ofertar atividades de educação em SB no território	Sim	16407 (90,6%)
	Não	1707 (9,4%)
Garantia de retorno para continuidade de tratamento	Sim	16639 (91,9%)
	Não	1475 (8,1%)
Realização de tratamento concluído	Todos usuários	11224 (62,0%)
	Alguns usuários	6500 (35,9%)
	Nunca Realiza	390 (2,2%)
Realização de Visitas Domiciliares	Sim	14178 (78,3%)
	Não	3936 (21,7%)
Utilização de protocolo para definição de ações prioritárias para VD	Sim	6723 (47,4%)
	Não	7455 (52,6%)

Na Tabela 2, podemos ver a distribuição das variáveis segundo formação profissional e os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2: Distribuição das variáveis estudadas segundo formação profissional.

Variável		Formação profissional		
		Graduação	Especialização e Residência em Saúde da Família	P (χ^2)
Tipos de consultas garantidas	Apenas agendadas	220 (65,3%)	117 (34,7%)	0,02
	Apenas de demanda espontânea	566 (70,6%)	236 (29,4%)	
	Agendadas e de demanda espontânea	7523 (65,7%)	3919 (34,3%)	
Número de agendados do total de pacientes	Todos	373 (68,1%)	175 (31,9%)	0,01
	Maior parte	6143 (65,1%)	3297 (34,9%)	
	Metade	1434 (68,0%)	675 (32,0%)	
	Nenhum	359 (74,2%)	125 (25,8%)	
Forma de agendamento das consultas	Em qualquer dia, em qualquer horário	3764 (64,1%)	2102 (35,9%)	0,01
	Em dias e horários específicos	4545 (67,7%)	2168 (32,3%)	
Agenda compartilhada com	Sim	5557 (64,9%)	3008 (35,1%)	0,01
	Não	2752 (68,5%)	1264 (31,5%)	

a EAB				
Agenda organizada para ofertar atividades de educação em SB no território	Sim	7550 (65,4%)	4000 (34,6%)	0,01
	Não	759 (73,6%)	272 (26,4%)	
Garantia de retorno para continuidade de tratamento	Sim	7634 (65,7%)	3985 (34,3%)	0,01
	Não	675 (70,2%)	287 (29,8%)	
Realização de tratamento concluído	Todos usuários	5058 (64,6%)	2777 (35,4%)	0,01
	Alguns usuários	3068 (67,9%)	1452 (32,1%)	
	Nunca realiza	183 (81,0%)	43 (19,0%)	
Realização de Visitas Domiciliares	Sim	6474 (63,4%)	3735 (36,6%)	0,01
	Não	1835 (77,4%)	537 (22,6%)	
Utilização de protocolo para definição de ações prioritárias para VD	Sim	2964 (58,8%)	2080 (41,2%)	0,01
	Não	3510 (68,0%)	1655 (32,0%)	

De acordo com o modelo de Regressão Multinomial, profissionais sem formação em SF apresentaram chance 1,68 vezes maior (IC 95%: 1,19 a 2,38) de nunca realizar tratamento concluído (Tabela 3).

Tabela 3: Regressão Multinomial segundo formação profissional, tendo como referência Especialização e Residência em Saúde da Família.

Variável		Graduação			
		OR bruto (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p
Tipos de consultas garantidas	Apenas agendadas	0,98 (0,78 – 1,23)	0,86	0,97 (0,76 – 1,23)	0,79
	Apenas de demanda espontânea	1,25 (1,07 – 1,46)	0,01	1,13 (0,96 – 1,33)	0,15
	Agendadas e de demanda espontânea	1		1	
Número de agendados do total de pacientes	Todos	1		1	
	Maior parte	0,87 (0,73 – 1,05)	0,15	0,90 (0,74 – 1,09)	0,30
	Metade	1,00 (0,81 – 1,22)	0,97	0,92 (0,74 – 1,09)	0,46
	Nenhum	1,35 (1,03 – 1,77)	0,03	1,08 (0,82 – 1,44)	0,57
Realização de tratamento concluído	Todos usuários	1		1	
	Alguns usuários	1,16 (1,07 – 1,25)	0,01	1,00 (0,92 – 1,09)	0,95
	Nunca realiza	2,34 (1,67 – 3,27)	0,01	1,68 (1,19 – 2,38)	0,01

*Ajustada para Macrorregião

Conforme Regressão de Poisson (tabela 4), profissionais sem formação em SF apresentam prevalência 4% maior de não compartilhamento da agenda com a EAB e 3% maior de não organização da agenda para ofertar atividades de educação em SB no território, em comparação aos profissionais com formação em SF. Com relação às VD, profissionais sem formação em SF possuem prevalência 8% maior de não realização de VD, bem como 6% maior de não utilização de protocolo para definição de ações prioritárias para VD.

Tabela 4: Regressão de Poisson segundo formação profissional, tendo como referência Especialização e Residência em Saúde da Família.

Variável	Graduação			
	RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Agenda não compartilhada com a EAB	1,03 (1,01 – 1,04)	0,00	1,04 (1,03 – 1,06)	0,00
Agenda não organizada para ofertar atividades de educação em SB no território	1,03 (1,02 – 1,03)	0,00	1,03 (1,02 – 1,04)	0,00
Agendamento das consultas em dias e horários específicos	1,03 (1,01 – 1,05)	0,00	0,99 (0,97 – 1,01)	0,45
Sem garantia de retorno para continuidade de tratamento	1,01 (1,00 – 1,02)	0,00	1,00 (0,99 – 1,01)	0,90
Não realização de Visitas Domiciliares	1,08 (1,07 – 1,10)	0,00	1,08 (1,07 – 1,09)	0,00
Não utilização de protocolo para definição de ações prioritárias para VD	1,07 (1,05 – 1,08)	0,00	1,06 (1,04 – 1,07)	0,00

5.7 Discussão

Nossos achados são pioneiros ao abordar a influência da formação profissional nos processos de trabalhos desenvolvidos pelas ESB no Brasil. Além disso, referem-se à quase que à totalidade das ESB do Brasil (81%) e, portanto, representam o modelo de atenção à SB predominante no país, segundo a formação dos profissionais que dela participam. Indicam que, apesar de somente 34% (4.272) dos profissionais terem formação em SF, houve associação significativa entre esta formação e melhor desempenho em processos de trabalho mais adequados às premissas do SUS de acesso, trabalho em equipe, integralidade e longitudinalidade. Quanto aos aspectos relacionados à demanda programática, profissionais com formação em SF compartilham mais sua agenda com os demais profissionais da EAB, organizam mais a agenda para ofertar atividades educativas de saúde bucal no território, garantem mais o retorno daqueles usuários que já iniciaram tratamento e garantem conclusão de tratamento dos usuários mais frequentemente. Além disso, no que se refere às VD, realizam mais VD e utilizam mais protocolo para definição de ações prioritárias nas VD.

Isto reafirma a importância de formar profissionais voltados para a SF e para o SUS, visto que esta formação apresenta-se como alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, sendo capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Tem como objetivo direcionar a atuação dos profissionais para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social ⁶. Assim, é essencial que o investimento na formação profissional não se limite à qualificação puramente técnica ¹³, garantida minimamente pelas universidades, pois a formação que pretende ser eficiente para o trabalho no SUS não pode esquecer a importância da comunidade na definição de suas necessidades, já que a prestação de atendimento somente tem sentido quando responde às demandas dos usuários do Sistema de Saúde ¹⁴.

O trabalho em equipe multiprofissional, elemento central para trabalhar em SF, mostra-se deficiente em profissionais sem formação em SF, visto que muitos não compartilham a agenda de SB com os demais profissionais da EAB. Isto corrobora com Teixeira ¹⁵ e outros estudos ¹⁶⁻¹⁸, contrapondo Silva e Trad ¹⁹, Baldani et al ²⁰ e Vilarinho, Mendes e Prado Júnior²¹. Lourenço et al ²², em estudo que abrangeu 310 municípios que apresentavam ESB na ESF, verificou que 76,2% das ESB afirmaram existir integração com a EAB, porém esta não se manifestava no planejamento e/ou na troca de saberes. Desta forma, a

abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma dos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares ²³, pois os problemas bucais não estão isolados de outros problemas que requerem a atuação integrada da ESF ²⁴. O trabalho em equipe, assim, é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, possibilitando uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns ²³, ²⁵. Sem esta interação com a EAB, as ações da ESB permanecem isoladas, reforçando a divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem ¹⁵ e limitando o processo de trabalho à aplicação de estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado ²³.

A Educação em Saúde, que desempenha papel essencial no novo modelo de atenção à saúde preconizado pela PNAB, mostra-se pouco utilizada como ferramenta na produção do cuidado, uma vez que a maioria dos profissionais sem formação em SF não organizam sua agenda para ofertar atividades educativas em SB no território. Estes achados estão de acordo com Besen et al ¹³, Pimentel et al ¹⁶, Araújo e Dimenstein ²⁶, Cericato, Garbin e Fernandes ¹⁷ e Pimentel et al ²⁷, os quais identificam dificuldades de realização de atividades coletivas de educação em saúde pelos CD. Cabe destacar que a ESF tem como papel central uma prática educativa voltada para a Promoção de Saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento das condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais. Assim, dedicar um tempo e espaço para trabalhar questões que vão além do biológico com a população propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde, através do processo de empoderamento e luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle sobre suas condições de vida, individual e coletivamente ¹³, garantindo uma atenção integral.

No que se refere ao agendamento de retorno daquele usuário que já iniciou tratamento, mais de 70% dos profissionais que não garantem este agendamento não tem formação em SF, o que evidencia a desconsideração dos atributos de acesso e longitudinalidade preconizados pela AB. Evidencia-se também que, quanto à realização de tratamento concluído, a maioria dos profissionais que nunca realizam não dispõe de formação em SF. No cotidiano das EAB, a integralidade opera, desta forma, nos microprocessos de trabalho em saúde, nos fazeres de cada profissional que adota uma postura acolhedora e compromissada com os usuários, seus cuidados e a cura, ao estabelecer vínculo, condutas e prioridades equânimes para assisti-los em função de suas necessidades ²⁸. Em relação à SB, não facilitar o acesso aos usuários que já iniciaram tratamento, assim como não terminar o

tratamento que foi proposto significa atuar ainda centrado na clínica e no enfoque biológico, em detrimento da dimensão integral que deve ter o cuidado. No entanto, não há estudos publicados que abordem essas dimensões do processo de trabalho – garantia de retorno e tratamento concluído - para que se pudesse comparar os resultados deste estudo com outros.

As VD, instrumentos centrais no processo de trabalho das ESF, as quais visam à produção de novos modos de cuidado ^{29, 30}, não estão sendo realizadas por todos os profissionais das ESB, em especial por aqueles que possuem graduação somente. Segundo Araújo e Dimenstein ²⁶, Pimentel et al ²⁷ e Tomasi et al ³¹, as ESB ainda encontram dificuldades para a realização de VD, em contraponto ao encontrado por Sobrinho et al ³², Baldani et al ²⁰ e Lourenço et al ²². Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) ³³, a VD é uma forma de instrumentalizar os profissionais para o conhecimento da realidade de vida da população, bem como para estabelecer vínculos com a mesma. Desempenha papel estratégico na integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar ²⁹. Trata-se de uma tarefa difícil, não apenas pelo desgaste físico, mas, sobretudo, por ser altamente exigente do trabalho psíquico ²⁹; aponta a angústia e o sentimento de impotência e frustração diante de situações que põem em cheque o saber do profissional, uma realidade adversa que não se pode mudar, como a pobreza extrema e a violência que marcam a vida de muitas famílias ³⁴.

Além disso, não há a utilização de protocolo para definição de ações prioritárias nas VD, e esta utilização é menos frequente nos profissionais sem formação em SF. Ressalta-se que não há um critério estabelecido ou mesmo protocolo nacional para indicação de realização de VD, mas sim há alguns municípios que possuem protocolos locais. Dentre as propostas para sistematizar a VD na AB, destacam-se aquelas focadas na estratificação de risco ou vulnerabilidade familiar para priorizar visitas a famílias de maior base/risco social ³⁵. Lacerda et al ³⁶ afirma que os profissionais demonstram que atuam e se organizam melhor quando há rotinas e protocolos que refletem sobre melhorias em suas práticas. Assim, a VD deve ser prestada de acordo com as características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir pessoas com diferentes graus de incapacidade ³⁷.

Como limitações deste estudo, temos a fragmentação do processo de Avaliação Externa, que foi realizado por diferentes instituições e, assim, por diferentes equipes de avaliadores, potencial fonte de viés de aferição. Ainda, há o fato de nem todas as ESB serem

de ESF (algumas, em pequeno número, fazem parte de UBS tradicionais parametrizadas – com critérios que as colocam em comparação com as ESB de SF), o que denota processos de trabalho que não contam com a realização de VD, por exemplo. Além disso, dos 4.272 profissionais entrevistados com formação em SF (34%), somente 234 (1,9%) possuem Residência em SF, considerada o padrão-ouro de formação para a SF, visto que permite uma vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para a necessidade da população^{38, 39}. Tal situação tornou impossível a utilização da Residência como uma categoria separada de análise.

5.8 Conclusão

É eminente a necessidade de qualificar os recursos humanos em SB para o SUS, pois é essencial superar os efeitos do ensino em odontologia, ainda curativista e individualista, que não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população. Continua sendo um desafio superar a fragmentação do ensino em saúde para que se possa potencializar a AB como porta de entrada preferencial do serviço, que coordena o cuidado do usuário, ao longo do tempo e de forma integral – garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Investir em formação, especificamente em SF, para atender às demandas do SUS, é de suma importância para a real mudança no modelo de atenção à SB, o qual ainda, muitas vezes, se encontra meramente travestido de novo, mas permanece atuando na mesma lógica que se perpetuou hegemônica por muitos anos.

5.9 Referências

1. Fernandes FM, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1667-77.
2. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1727-42.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

4. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* 2014; 38:358-72.
5. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual Instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005;21:490-98.
7. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Education of Health Professionals for the SUS: meaning and care. *Saúde Soc.* 2011;20:884 - 99.
8. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev. Baiana Saúde Pública* 2007;31:20-31.
9. Guizardi FL, Stelet BP, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde.* ABRASCO 2006;153-77.
10. Garbin CAS, Sliba NA, Moimaz SAS, Santos KT. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. *ABENO* 2006;6:6-10.
11. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad Saúde Pública* 1999;15:15-27.
12. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FWd, Silva CGd, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc.* 2007;16:57-68.
14. Severino AJ. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. *Interface (Botucatu)* 2002;117-24.
15. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc. saúde colet.* 2006;11:45-51.
16. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Junior JLAC, 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;15:2189-96.
17. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF* 2007;18-23.

18. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc. saúde colet.* 2003;8:599-609.
19. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)* 2005;9:25-38.
20. 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;21:1026-35.
21. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). *Rev. odonto ciênc.* 2007;22:48-54.
22. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc. saúde colet.* 2009;14:1367-77.
23. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde colet.* 2007;12:455-64.
24. 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;15:1643-52.
25. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual: FGV, 2001.
26. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde colet.* 2006;11:219-27.
27. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Junior JLAC, Lima AS, Santana VGD, Macedo CLSV. Evolução da assistência em saúde bucal na estratégia de saúde da família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. *Rev. Baiana Saúde Pública* 2008;253-64.
28. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc. Anna Nery* 2013;17:133-41.
29. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* 2013;61-73.
30. Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)* 2011;461-72.
31. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde colet.* 2011;16:4395-04.

32. Sobrinho JEL, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde debate* 2015;39:136-46.
33. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2006;15:645-53.
34. Romanholi RMZ, Cyrino EG. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu)* 2012;693-05.
35. Savassi L, Carvalho H, Mariano F, Lamberti C, De Mendonça M, Yamana G, et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para o atendimento domiciliar individual na atenção primária. *JMPHC* 2013.
36. Lacerda MR, Gomes IM, Kalinowski LC, Giacomozzi CM. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):609-15.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.
38. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19:814-27.
39. Nascimento DDG, Quevedo MP. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET MMM (org.). *Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação*. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a formação profissional dos CD e sua associação com os processos de trabalho por eles desenvolvido na ESF é uma questão relevante para o SUS. Observa-se que a atuação profissional dos CD ainda é fortemente centrada na clínica e no enfoque biológico, em detrimento das dimensões social e epidemiológica, contribuindo para que as ações de promoção e prevenção de agravos fiquem em segundo plano.

Cabe ressaltar que a atuação curativa é importante devido à elevada carga de doenças bucais presentes na população brasileira, por muitos anos excluída do acesso aos serviços públicos em SB. Porém, deve estar complementada por uma visão ampliada da saúde, que considere os atributos essenciais da AB – acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, bem como os pressupostos do SUS.

Assim, de nada adianta toda esta expansão da SF, se as práticas continuam centradas na doença e não no indivíduo, sua família e seu cuidado, sempre inseridos em um território. Desta forma, é necessário qualificar os trabalhadores da SB para o trabalho na ESF, uma vez que se precisa superar a fragmentação do ensino em saúde, especificadamente em SB, visando ao cuidado integral do usuário do SUS. O processo de preparação da força de trabalho estratégica para a consolidação do SUS é um fator essencial a ser considerado, tanto no sentido de sua legitimação, quanto no aspecto integrador ensino-serviço, na perspectiva de uma prática de saúde integral, que envolva a ação de diversos profissionais e considere a SB como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla – a da qualidade de vida (CARDOSO, 2002).

Neste trabalho, houve associação entre a formação profissional em SF e melhor desempenho em processos de trabalho mais adequados às premissas do SUS de acesso, trabalho em equipe, integralidade e longitudinalidade. Profissionais com formação em SF compartilham mais sua agenda com os demais profissionais da EAB, organizam mais a agenda para ofertar atividades educativas de SB no território, garantem mais o retorno daqueles usuários que já iniciaram tratamento, garantem conclusão de tratamento dos usuários mais frequentemente, realizam mais VD e utilizam mais protocolo para definição de ações prioritárias nas VD.

Por conseguinte, o investimento em formação para o profissional que trabalha em SF, especialmente no que se refere à Especialização e Residência, mostra, através deste trabalho, ser muito importante e necessário para a mudança no modelo de atenção à SB, que ainda está longe de atender às demandas do SUS e da ESF.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R.R.S. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção de saúde bucal no PSF. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 150, Nov. 2010. Disponível em < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/39> > Acesso em 11 de julho de 2014.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Aug. 2008.
- AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 8, n. 15, p. 375-380, Aug. 2004.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.31, n. 1, p.20-31 jun. 2007
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde colet.**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde colet.**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Education of Health Professionals for the SUS: meaning and care. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BESSEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 461-472, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pólos-SF. In: Reunião técnica Pólos-SF. Brasília, 2000. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Polo de Capacitação In: Informe n. 10 da Atenção Básica. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 de 19 de Fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 mar. 2002. Disponível em<
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0302Odontologia.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2,488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família – ESF e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde – PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal (Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal). Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>> Acesso em: 11 julho 2014.

CARDOSO, A.C.C. Inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF para melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2, p. 94-98, jan./dez. 2002.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A., organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Hucitec/Abrasco**, Rio de Janeiro, p. 259-278, 2005.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO UPF**, p. 18-23, 2007.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Polos de capacitação em Saúde da Família. **Divulg Saúde Debate**, v. 21, p. 36-43, 2000.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

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

FERNANDES, F.M.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, Sept. 2011.

GARBIN, C.A.S.; SLIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; SANTOS, K.T. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **ABENO**, v. 6, p. 6-10, 2006.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005..

GUEDES, T. Políticas Indutoras de Formação para a Saúde da SGTES do MS. Set. 2013. Disponível em http://www.abenfisio.com.br/2012/download/Políticas_Indutoras_Formacao_Saude_SGTES_MS.ppt >

GUIZARDI, F.L.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ–CEPESC–ABRASCO, p. 153-177, 2006.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 15-27, 1999.

LACERDA, M.R.; GOMES, I.M.; KALINOWSKI, L.C.; GIACOMOZZI, C.M. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, 2010.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1463-1472, 2009.

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

LOURENÇO, E.C.; SILVA, A.C.B.; MENEGHIN, M.C.; PEREIRA, A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde colet.**, v. 14, n. 5, p. 1367-1377, 2009.

LUCAS, S. D. 1995. Saúde bucal: reflexo das desigualdades sociais. **Rev CROMG**, v. 1, n. 1, p. 10-2, 1995.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 227-248, 2003.

MARANHÃO, E. A. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: **A Implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá**. São Paulo: Hucitec / Londrina: Rede Unida / Brasília: ABENO, p. 159 – 171, 2004.

MERHY, E. E. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MOREIRA DA SILVA, T.A.; FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A.M. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p. 191-198. 2011. Disponível em < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421953020> > Acesso em 15 de julho de 2014.

MORITA, M. C. et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia. Maringá. **Dental Press: ABENO: OPAS: MS**, 2007.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**: FGV, 2001.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME**, v.10, n.4, p.435-439,2006.

NASCIMENTO, D.D.G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M.M.M. (org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, p. 43-59, 2008.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

PEREIRA, D.; PEREIRA, J.C.M.; ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. saúde colet.**, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PIMENTEL, F.C.; MARTELLI, P.J.L.; ARAÚJO JUNIOR, J.L.A.C.; LIMA, A.S.; SANTANA, V.G.D.; MACEDO, C.L.S.V. Evolução da assistência em saúde bucal na

estratégia de saúde da família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Rev. Baiana Saúde Pública**, p. 253-264, 2008.

PIMENTEL, F.C.; MARTELLI, P.J.L.; ARAÚJO JUNIOR, J.L.A.C.; ACIOLI, R.M.L.; MACEDO, C.L.S.V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciênc. saúde colet.**, v. 15, n. 4, p. 2189-96, 2010.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Reciis**, v. 6, n. 2, 2012.

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

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface (Botucatu)**, p. 693-705, 2012.

SAVASSI, L. et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para o atendimento domiciliar individual na atenção primária. **JMPHC**, v. 3, n. 2, p. 151-157, 2013..

SEVERINO, A.J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, p. 117-24, 2002.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciênc. saúde colet.**, v. 11, p. 45-51, 2006.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D.S. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, Nov. 2011.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 133-141, Mar. 2013.

VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). **Rev. odonto ciênc.**, v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas à organização da agenda com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.

Variável		Compartilhada com a EAB			Organizada para ofertar atividades de SB no território		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p
Formação	Graduação	5557 (64,9%)	2752 (68,5%)	0	7550 (65,4%)	759 (73,6%)	0
	Esp. + Res.	3008 (35,1%)	1264 (31,5%)		4000 (34,6%)	272 (26,4%)	
	SF						
Tipos de vínculo	Estatutário	5173 (43,4%)	2820 (46,7%)	0	7199 (44,2%)	794 (47,6%)	0
	CLT	1972 (16,5%)	1025 (17%)		2743 (16,8%)	254 (15,2%)	
	Contrato temporário	4637 (38,9%)	2095 (34,7%)		6147(37,7%)	585 (35,1%)	
	Outros	136 (1,1%)	98 (1,6%)		199 (1,2%)	35 (2,1%)	
	Não	2478 (20,6%)	1333 (21,8%)		3435 (20,9%)	376 (22%)	
Macrorregião	Norte	788 (6,6%)	475 (7,8%)	0	1081 (6,6%)	182 (10,7%)	0
	Nordeste	5767 (48%)	1933 (31,7%)		7140 (43,5%)	560 (32,8%)	
	Centro-Oeste	759 (6,3%)	813 (13,3%)		1381 (8,4%)	191 (11,2%)	
	Sudeste	3091 (25,7%)	1936 (31,7%)		4492 (27,4%)	535 (31,3%)	
	Sul	1602 (13,3%)	950 (15,6%)		2313 (14,1%)	239 (14%)	

APÊNDICE C - Tabela 3: Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.

Variável	Retorno para continuidade de tratamento			Tratamento concluído				
	Sim	Não	p	Todos	Alguns	Nunca realiza	p	
Formação	Graduação	7634 (65,7%)	675 (70,2%)	0	5058 (64,6%)	3068 (67,9%)	183 (81%)	0
	Esp. + Res. SF	3985 (34,3%)	287 (29,8%)		2777 (35,4%)	1452 (32,1%)	43 (19%)	
Tipos de vínculo	Estatutário	7323 (44,4%)	670 (46,3%)	0	4823 (43,3%)	3002 (46,6%)	168 (45,8%)	0
	CLT	2824 (17,1%)	173 (12%)		2106 (18,9%)	854 (13,2%)	37 (10,1%)	
	Contrato temporário	6148 (37,2%)	584 (40,4%)		4069 (36,5%)	2509 (38,9%)	6732 (37,5%)	
	Outros	214 (1,3%)	20 (1,4%)		143 (1,3%)	83 (1,3%)	234 (1,3%)	
	Não	3507 (21,1%)	304 (20,6%)		2318 (20,7%)	1410 (21,7%)	83 (21,3%)	
Macrorregião	Norte	1091 (6,6%)	172 (11,7%)	0	623 (5,6%)	573 (8,8%)	67 (17,2%)	0
	Nordeste	6805 (40,9%)	895 (60,7%)		3954 (35,2%)	3514 (54,1%)	232 (59,5%)	
	Centro-Oeste	1490 (9%)	82 (5,6%)		1176 (10,5%)	382 (5,9%)	14 (3,6%)	
	Sudeste	4909 (29,5%)	118 (8%)		3878 (34,6%)	1104 (17%)	45 (11,5%)	
	Sul	2344 (14,1%)	208 (14,1%)		1593 (14,2%)	927 (14,3%)	32 (8,2%)	
	6	2568 (15,4%)	119 (8,1%)		1909 (17%)	756 (11,6%)	22 (5,6%)	

APÊNDICE D - Tabela 4: Distribuição das variáveis relacionadas às Visitas Domiciliares com os resultados do teste qui-quadrado de Pearson.

Variável		Realização de visita domiciliar			Protocolo para definição de ações prioritárias		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p
Formação	Graduação	6474 (63,4%)	1835 (77,4%)	0	2964 (58,8%)	3510 (68,0%)	0
	Esp. + Res. SF	3735 (36,6%)	537 (22,6%)		2080 (41,2%)	1655 (32,0%)	
Tipos de vínculo	Estatutário	6202 (44%)	1791 (46,2%)	0	2887 (43,1%)	3315 (44,9%)	0
	CLT	2458 (17,5%)	539 (13,9%)		1391 (20,8%)	1067 (14,4%)	
	Contrato temporário	5242 (37,2%)	1490 (38,4%)		2335 (34,9%)	2907 (39,3%)	
	Outros	178 (1,3%)	56 (1,4%)		78 (1,2%)	100 (1,4%)	
	Não	2990 (21,1%)	821 (20,9%)		1413 (21%)	1577 (21,2%)	
Macrorregião	Norte	918 (6,5%)	345 (8,8%)	0	367 (5,5%)	551 (7,4%)	0
	Nordeste	6082 (42,9%)	1618 (41,1%)		2692 (40%)	3390 (45,5%)	
	Centro-Oeste	1116 (7,9%)	456 (11,6%)		484 (7,2%)	632 (8,5%)	
	Sudeste	4107 (29%)	920 (23,4%)		2185 (32,5%)	1922 (25,8%)	
	Sul	1955 (13,8%)	597 (15,2%)		995 (14,8%)	960 (12,9%)	

APÊNDICE E - Tabela 5: Regressão Multinomial para Tipos de consultas ofertadas.

Variável		Tipos de consultas							
		OR bruto			p	OR ajustado			p
		Apenas agendadas	Apenas demanda espontânea	Agendada e de demanda espontânea		Apenas agendadas	Apenas demanda espontânea	Agendada e de demanda espontânea	
Formação	Graduação	0,98 (0,78 – 1,23)	1,25 (1,07 – 1,46)	1	0,02	0,97 (0,76 – 1,23)	1,13 (0,96 – 1,32)	1	0
	Esp. + Res. SF	1	1	1		1	1	1	
Vínculo	Estatutário	1	1	1	0,06	1	1	1	
	CLT	1,10 (0,86 – 1,40)	0,84 (0,71 – 1,00)	1		1,19 (0,87 – 1,62)	0,84 (0,67 – 1,06)	1	
	Contrato Temporário	1,03 (0,85 – 1,25)	1,01 (0,89 – 1,15)	1		0,99 (0,77 – 1,28)	0,89 (0,75 – 1,04)	1	
	Outros	1,57 (0,82 – 3,01)	1,66 (1,09 – 2,52)	1		1,48 (0,59 – 6,67)	2,00 (1,20 – 3,33)	1	
Macrorregião	Norte	1,67 (1,21 – 2,32)	2,47 (1,99 – 3,07)	1	0	1,46 (0,92 – 2,30)	2,24 (1,67 – 3,00)	1	
	Nordeste	1,18 (0,96 – 1,47)	1,68 (1,44 – 1,95)	1		1,08 (0,81 – 1,42)	1,59 (1,31 – 1,94)	1	
	Centro-Oeste	1,62 (1,19 – 2,19)	1,68 (1,34 – 2,10)	1		1,28 (0,84 – 1,93)	1,58 (1,19 – 2,10)	1	
	Sul	0,80 (0,58 – 1,10)	1,11 (0,90 – 1,38)	1		0,80 (0,55 – 1,17)	0,99 (0,76 – 1,29)	1	
	Sudeste	1	1	1		1	1	1	

APÊNDICE F - Tabela 6: Regressão Multinomial para Número de pacientes agendados do total de pacientes atendidos.

Variável	Número de agendados do total de pacientes										
	OR bruto					OR ajustado					
	Todos	Maior parte	Metade	Nenhum	p	Todos	Maior parte	Metade	Nenhum	p	
Formação	Graduação	1	0,87 (0,73 - 1,05)	1,00 (0,81 - 1,22)	1,35 (1,03 - 1,77)	0	1	0,90 (0,74 - 1,09)	0,92 (0,75 - 1,14)	1,08 (0,82 - 1,44)	0
	Esp. + Res. SF	1	1	1	1		1	1	1	1	
Vínculo	Estatutário	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
	CLT	1	0,88 (0,73 - 1,05)	0,67 (0,55 - 0,82)	0,52 (0,38 - 0,70)		1	0,69 (0,55 - 0,87)	0,64 (0,49 - 0,83)	0,61 (0,41 - 0,89)	
	Contrato Temporário	1	1,22 (1,05 - 1,43)	1,09 (0,92 - 1,29)	1,39 (1,12 - 1,72)		1	1,35 (1,10 - 1,66)	1,16 (0,93 - 1,46)	1,24 (0,94 - 1,65)	
	Outros	1	1,19 (0,62 - 2,27)	1,01 (0,50 - 2,05)	2,14 (0,97 - 4,69)		1	2,28 (0,71 - 7,24)	2,08 (0,62 - 7,00)	3,42 (0,91 - 12,82)	
Macrorregião	Norte	1	0,38 (0,30 - 0,49)	1,27 (0,96 - 1,67)	3,71 (2,51 - 5,47)	0	1	0,30 (0,27 - 0,41)	1,11 (0,77 - 1,61)	2,70 (1,63 - 4,50)	
	Nordeste	1	0,76 (0,64 - 0,90)	2,28 (1,87 - 2,78)	4,68 (3,41 - 6,41)		1	0,72 (0,57 - 0,91)	2,40 (1,84 - 3,12)	3,61 (2,41 - 5,40)	
	Centro-Oeste	1	0,62 (0,49 - 0,80)	1,06 (0,79 - 1,42)	3,15 (2,10 - 4,73)		1	0,58 (0,42 - 0,79)	0,96 (0,65 - 1,39)	2,52 (1,50 - 4,24)	
	Sul	1	0,94 (0,74 - 1,20)	3,06 (2,34 - 4,00)	3,00 (2,00 - 4,52)		1	1,05 (0,77 - 1,43)	3,71 (2,65 - 5,19)	3,07 (1,86 - 5,08)	
	Sudeste	1	1	1	1		1	1	1	1	

APÊNDICE G - Tabela 7: Regressão Multinomial para não realização de tratamento concluído.

Variável		Não realização de tratamento concluído							
		OR bruto				OR ajustado			
		Todos	Alguns	Nunca realiza	p	Todos	Alguns	Nunca realiza	p
Formação	Graduação	1	1,16 (1,07 – 1,25)	2,34 (1,67 – 3,27)	0	1	1,00 (0,92 – 1,09)	1,68 (1,19 – 2,38)	0
	Esp. + Res. SF	1	1	1		1	1	1	
Vínculo	Estatutário	1	1	1	0	1	1	1	
	CLT	1	0,65 (0,59 – 0,71)	0,50 (0,35 – 0,72)		1	0,78 (0,70 – 0,88)	0,76 (0,48 – 1,22)	
	Contrato Temporário	1	0,99 (0,93 – 1,06)	1,09 (0,87 – 1,36)		1	0,84 (0,77 – 0,92)	0,89 (0,66 – 1,19)	
	Outros	1	0,93 (0,71 – 1,23)	1,60 (0,77 – 3,33)		1	0,96 (0,67 – 1,38)	1,02 (0,31 – 3,32)	
Macrorregião	Norte	1	3,23 (2,83 – 3,68)	9,27 (6,29 – 13,65)	0	1	2,92 (2,46 – 3,47)	9,15 (5,41 – 15,46)	
	Nordeste	1	3,12 (2,88 – 3,38)	5,06 (3,66 – 6,98)		1	3,22 (2,91 – 3,57)	4,60 (2,96 – 7,15)	
	Centro-Oeste	1	1,14 (1,00 – 1,30)	1,03 (0,56 – 1,88)		1	1,17 (1,00 – 1,39)	0,72 (0,29 – 1,77)	
	Sul	1	2,04 (1,84 – 2,27)	1,73 (1,10 – 2,73)		1	1,96 (1,73 – 2,23)	1,41 (0,76 – 2,64)	
	Sudeste	1	1	1		1	1	1	

APÊNDICE H - Tabela 8: Regressão de Poisson para Forma de agendamento das consultas.

Variável	Forma de agendamento das consultas				
		RP bruta	p	RP ajustada	p
Formação	Graduação	1,03 (1,01 – 1,05)	0	0,99 (0,97 – 1,01)	0,45
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,92 (0,90 – 0,95)	0	0,97 (0,94 – 1,00)	0,10
	Contrato Temporário	1,04 (1,02 – 1,06)	0	1,00 (0,98 – 1,02)	0,98
	Outros	1,03 (0,95 – 1,12)	0,45	1,02 (0,92 – 1,13)	0,75
Macrorregião	Norte	1,21 (1,17 – 1,26)	0	1,22 (1,16 – 1,28)	0
	Nordeste	1,30 (1,27 – 1,33)	0	1,29 (1,25 – 1,32)	0
	Centro-Oeste	1,10 (1,06 – 1,15)	0	1,10 (1,05 – 1,15)	0
	Sul	1,09 (1,05 – 1,12)	0	1,08 (1,04 – 1,12)	0
	Sudeste	1		1	

APÊNDICE I - Tabela 9: Regressão de Poisson para não compartilhamento da agenda da ESB com EAB.

Variável	Agenda não é compartilhada com EAB				
	RP bruta	p	RP ajustada	p	
Formação	Graduação	1,03 (1,01 – 1,04)	0	1,04 (1,03 – 1,06)	0
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,99 (0,98 – 1,01)	0,29	0,98 (0,96 – 0,99)	0,01
	Contrato Temporário	0,97 (0,96 – 0,98)	0	0,98 (0,97 – 1,00)	0,03
	Outros	1,05 (1,00 – 1,10)	0,04	1,04 (0,98 – 1,10)	0,17
Macrorregião	Norte	0,99 (0,97 – 1,01)	0,55	0,98 (0,95 – 1,01)	0,19
	Nordeste	0,90 (0,89 – 0,91)	0	0,89 (0,88 – 0,91)	0
	Centro – Oeste	1,09 (1,07 – 1,12)	0	1,09 (1,06 – 1,11)	0
	Sul	0,99 (0,97 – 1,01)	0,27	0,98 (0,96 – 1,00)	0,07
	Sudeste	1		1	

APÊNDICE J - Tabela 10: Regressão de Poisson para não organização da agenda para ofertar atividades educativas de SB no território.

Variável	Agenda não é organizada para ofertar atividades educativas de SB no território				
	RP bruta	p	RP ajustada	p	
Formação	Graduação	1,03 (1,02 – 1,03)	0	1,03 (1,02 – 1,04)	0
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,99 (0,98 – 1,00)	0,02	0,98 (0,97 – 1,00)	0,01
	Contrato Temporário	0,99 (0,98 – 1,00)	0,01	0,99 (0,98 – 1,00)	0,10
	Outros	1,05 (1,00 – 1,09)	0,03	1,06 (1,00 – 1,11)	0,03
Macrorregião	Norte	1,03 (1,01 – 1,05)	0	1,00 (0,98 – 1,03)	0,77
	Nordeste	0,97 (0,96 – 0,98)	0	0,96 (0,95 – 0,97)	0
	Centro – Oeste	1,01 (1,00 – 1,03)	0,10	1,00 (0,98 – 1,02)	0,65
	Sul	0,99 (0,98 – 1,00)	0,08	0,99 (0,97 – 1,00)	0,11
	Sudeste	1		1	

APÊNDICE K - Tabela 11: Regressão de Poisson para não garantia de retorno de usuário que já iniciou tratamento.

Variável	Não há garantia de retorno para continuidade do tratamento				
	RP bruta	p	RP ajustada	p	
Formação	Graduação	1,01 (1,00 – 1,02)	0	1,00 (0,99 – 1,01)	0,90
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,98 (0,97 – 0,98)	0	1,00 (0,99 – 1,01)	0,67
	Contrato Temporário	1,00 (0,99 – 1,01)	0,53	0,99 (0,98 – 1,00)	0,37
	Outros	1,00 (0,97 – 1,04)	0,93	1,01 (0,97 – 1,06)	0,62
Macrorregião	Norte	1,11 (1,09 – 1,13)	0	1,10 (1,08 – 1,12)	0
	Nordeste	1,09 (1,08 – 1,10)	0	1,09 (1,08 – 1,10)	0
	Centro – Oeste	1,03 (1,02 – 1,04)	0	1,03 (1,02 – 1,04)	0
	Sul	1,06 (1,05 – 1,07)	0	1,06 (1,04 – 1,07)	0
	Sudeste	1		1	

APÊNDICE L - Tabela 12: Regressão de Poisson para não realização de Visita Domiciliar.

Variável	Não realização de Visita Domiciliar				
		RP bruta	p	RP ajustada	p
Formação	Graduação	1,08 (1,07-1,10)	0	1,08 (1,07 – 1,09)	0
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,96 (0,95 – 0,98)	0	0,97 (0,96 – 0,99)	0
	Contrato Temporário	1,00 (0,99 – 1,01)	0,69	0,99 (0,98 – 1,01)	0,37
	Outros	1,01 (0,97 – 1,06)	0,59	1,03 (0,98 – 1,10)	0,25
Macrorregião	Norte	1,08 (1,05 – 1,10)	0	1,04 (1,01 – 1,07)	0
	Nordeste	1,02 (1,01 – 1,03)	0	1,01 (0,99 – 1,02)	0,25
	Centro – Oeste	1,10 (1,07 – 1,11)	0	1,07 (1,04 – 1,09)	0
	Sul	1,04 (1,02 – 1,06)	0	1,04 (1,02 – 1,06)	0
	Sudeste	1		1	

APÊNDICE M - Tabela 13: Regressão de Poisson para não utilização de protocolo para definição de ações prioritárias nas Visitas Domiciliares.

Variável	Não utilização de protocolo para Visita Domiciliar				
		RP bruta	p	RP ajustada	p
Formação	Graduação	1,07 (1,05 – 1,08)	0	1,06 (1,04 – 1,07)	0
	Esp. + Res. SF	1		1	
Vínculo	Estatutário	1		1	
	CLT	0,93 (0,92 – 0,95)	0	0,94 (0,92 – 0,96)	0
	Contrato Temporário	1,01 (1,00 – 1,02)	0,03	0,99 (0,97 – 1,00)	0,17
	Outros	1,02 (0,97 – 1,07)	0,47	0,97 (0,91 – 1,04)	0,39
Macrorregião	Norte	1,02 (1,00 – 1,03)	0,92	1,07 (1,04 – 1,10)	0
	Nordeste	1,07 (1,04 – 1,09)	0	1,03 (1,01 – 1,05)	0
	Centro – Oeste	1,06 (1,05 – 1,07)	0	1,05 (1,02 – 1,08)	0
	Sul	1,09 (1,07 – 1,11)	0	1,01 (0,99 – 1,03)	0,41
	Sudeste	1		1	