

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**AÇÕES CURATIVAS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE POR MEIO DA  
ESTRUTURA E PROCESSO**

ALEXANDRE BAUMGARTEN

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, fevereiro de 2016.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**AÇÕES CURATIVAS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE POR MEIO DA  
ESTRUTURA E PROCESSO**

**ALEXANDRE BAUMGARTEN**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Balbinot Hilgert**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2015

## **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Alexandre Favero Bulgarelli, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos, Universidade Federal de Pelotas.

## **DEDICATÓRIA**

A meu pai que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, sempre me ensinando a vencer e buscar meus objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os professores, em especial à Prof<sup>a</sup>. Juliana Hilgert, por terem se dedicado a mim. Aos colegas e amigos do mestrado e do CPOS pela amizade e apoio que fizeram parte da minha formação. E a todos os participantes do PMAQ.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| ABREVIATURAS E SIGLAS .....   | 7  |
| RESUMO .....  | 8  |
| ABSTRACT .....  | 9  |
| 1. APRESENTAÇÃO.....  | 10 |
| 2. INTRODUÇÃO .....   | 11 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA .....  | 14 |
| 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE .....                   | 14 |
| 3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....   | 17 |
| 3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA .....                   | 22 |
| 3.4 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA..... | 25 |
| 4. OBJETIVOS.....   | 30 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 31 |
| 6. ARTIGO .....   | 36 |
| 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 55 |
| 8. ANEXOS .....   | 56 |
| ANEXO A - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa .....                           | 56 |

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-dentista

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

ESB – Equipes de Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

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

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RAP – Raspagem , Alisamento e Polimento Radicular

SUS – Sistema Único de Saúde

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do princípio da integralidade, desencadeia um processo de ampliação nos serviços de saúde oferecidos à população brasileira, incluindo a assistência odontológica, que é garantida pela Política Nacional de Saúde Bucal. A avaliação dos serviços de saúde aliado à qualidade prestada apresenta-se como campo de conhecimento específico, e sua avaliação por meio do modelo centrado nos componentes de Estrutura, Processo e Resultado torna-se fundamental para a concretização da integralidade na atenção primária à saúde (APS). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) busca institucionalizar os processos de avaliação da qualidade como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. Diante desse contexto, essa dissertação se propôs a realizar uma avaliação das principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista na atenção primária, avaliadas por meio da estrutura e processo das unidades básicas de saúde. Para isso, foi conduzido um estudo transversal com base em dados de 18114 centros de APS com equipes de saúde bucal (ESB). O desfecho foi criado por meio da associação da realização de uma série de procedimentos curativos realizados pelo cirurgião-dentista (CD), associado a uma estrutura mínima pré-estabelecida. As covariáveis foram referentes à unidade de saúde e ao cirurgião-dentista. Os resultados demonstram que 1190 ESB não apresentaram equipamentos mínimos para a assistência odontológica e somente n=2498 (14,8%) apresentaram a qualidade máxima esperada. Quanto às características da unidade de saúde, a prevalência positiva para a qualidade foi apresentada nas ESB com maior número de profissionais, as que apresentaram maior carga horária de trabalho, as que a gestão disponibilizou informações para análise de situação de saúde, assim como as que realizaram monitoramento dos indicadores de saúde bucal e também as que planejaram e programaram as ações de saúde bucal mensalmente com a equipe de atenção primária. Quanto ao cirurgião-dentista, maior qualidade foi constatada nos que apresentaram melhores vínculos empregatícios, que possuíam plano de carreira, pós-graduação em saúde pública e realizaram educação permanente. Sugere-se a melhoria da infraestrutura dos consultórios odontológicos da APS, bem como o incentivo à implementação dos resultados apontados nas unidades de saúde e às características referentes aos profissionais da saúde do SUS, para que possam refletir na melhoria da qualidade da assistência curativa prestada.



## ABSTRACT

The Unified Health System, through the principle of Integrality, aims to expand the health services offered to the population, including dental care, which is guaranteed by the National Oral Health Policy. The evaluation of health services combined with the quality provided presents itself as a specific field of knowledge, and its evaluation through the model centered in the Structure, Process and Results becomes fundamental for the realization of the integrality in primary health care. The National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ-AB) seeks to institutionalize the processes of quality assessment as a fundamental attribute to be reached in the Unified Health System. In this context, this dissertation proposes to conduct an assessment of the main curative actions carried out by the dentist in primary care through the structure and process of basic health centers. For this, a cross-sectional study was conducted based on data from 18114 centers of primary health care with oral health services. The outcome was created by means of a series of curative procedures performed by the dentists associated with a minimum structure predetermined. The covariables were related with characteristics of the health center and with the dentist. The results show that 1190 oral health services did not present minimum equipment for dental care and only n=2498 (14,8%) had the maximum quality expected. With regards of the health center characteristics, a positive prevalence for quality was presented in the oral health services with the most professional, which presented greater workload, which the management provided information for health situation analysis, which carried out monitoring of indicators of oral health and which planned and programmed the oral health actions monthly with primary care team. With regards of the dentist, was observed higher quality in that who showed better employment ties, which had career plan, post graduate in public health and accomplish continuing education. It is suggested the necessity to improve the infrastructure of the dental offices of primary health care, as well as incentives to the implementation of the results presented in the health centers and that relating to the SUS health professionals, so that the changes can reflect on improving quality of curative care provided.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Integralidade das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária: Avaliação da Qualidade por Meio da Estrutura e Processo”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 22 de fevereiro de 2015. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos da Dissertação.

Artigo.

Conclusões e Considerações Finais da Dissertação.

Documento de apoio está apresentado no anexo.

## 2. INTRODUÇÃO

Entende-se que a integralidade, como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, se propõe a unir as ações direcionadas à concretização da saúde como direito e como serviço, possibilitando uma dimensão da oferta de ações capaz de responder às necessidades de saúde de uma determinada população (PUCCA JUNIOR, 2013). Assim, criou-se o desafio de construir um sistema público de saúde que, mais do que apenas atendesse às necessidades de saúde do povo brasileiro, fosse integral no sentido de permitir o entrosamento de políticas, programas, ações, práticas e cuidados.

Com esse intuito, a atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) objetiva ampliar e garantir assistência odontológica a toda a população, buscando o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com atenção voltada e com ações organizadas em todos os níveis de atenção, concretizando o princípio da integralidade (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNSB orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população para assim, construir uma prática efetivamente resolutive (BRASIL, 2004). Dessa forma, os serviços odontológicos curativos instituídos e prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde se ocupam das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária, doença periodontal (gingivite e periodontite), câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão (BRASIL, 2008).

Por meio de uma odontologia brasileira tecnicamente elogiável, no sistema único de saúde ela ainda não mostra competência em expandir essa qualidade para a maioria da população. Adequar esta nova perspectiva da saúde bucal, gerada como fruto de um processo da Reforma Sanitária Bucal das últimas décadas aos princípios e diretrizes do SUS ainda se caracteriza como um marco fundamental (ZILBOVICIUS, 2005). Embora muitos resultados positivos tenham sido obtidos, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de

saúde bucal ofertado à população (BONFADA et al., 2012; LÚCIA et al., 2014).

Para o planejamento das atividades e ações de Saúde Bucal na Atenção Primária é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia, na qual se pode conhecer o perfil da distribuição das principais doenças que acometem a cavidade bucal, monitorando riscos e tendências, avaliando o impacto de medidas adotadas, estimando necessidades de recursos para os programas e indicando novos caminhos na estrutura e processo para a observância dos pilares da qualidade (BRASIL, 2008).

Na busca da resolutividade nos tratamentos curativos, os princípios e diretrizes do SUS orientam a operacionalização das ações e serviços, provocando avanços e buscando garantir a toda população acesso e atendimento aos serviços de saúde de qualidade (BAUMEL et al., 2009). Assim, a avaliação do sistema de saúde, no campo da atenção primária, ganha uma importância adicional, devendo examinar deficiências de desempenho (ROBERTS et al., 2002). Em se tratando da avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil, uma revisão de literatura aponta para a necessidade de maior rigor metodológico e com maior vinculação aos serviços, para que seus resultados contribuam para a melhoria da qualidade da assistência odontológica prestada (COLUSSI et al., 2012).

Para a avaliação da qualidade em saúde, o modelo centrado nos componentes de Estrutura, Processo e Resultado ainda se estabelece como hegemônico (DONABEDIAN, 1980; MARQUES et al., 2014). O conceito de Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência à saúde, referindo-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física do estabelecimento, a disponibilidade de equipamentos e insumos para procedimentos, até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Já o conceito de Processo diz respeito às atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, caracterizando os procedimentos realizados pela ESB no atendimento (VIANA, 2012). Logo, a valorização dos componentes de estrutura na avaliação e gestão dos serviços de atenção primária e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde para alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população é de suma importância (SILVEIRA et al., 2001; MOURA et al., 2010).

Diante desse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um programa que busca, além de institucionalizar os processos de avaliação da qualidade nas rotinas de trabalhadores e gestores das unidades básicas de saúde, ampliar o acesso na atenção primária, com garantia de padrões de qualidade comparáveis nacionalmente, regionalmente e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à atenção primária. Para tanto, situa a avaliação dos serviços de saúde como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (PINTO, 2014; RODRIGUES et al., 2014; SEIDL et al., 2014).

Acredita-se que, como possíveis impactos positivos desta pesquisa, a avaliação da qualidade do serviço de saúde bucal em nível de atenção primária irá nortear gestores da saúde pública nos três níveis de gestão e na assistência a saúde (município, estado e federação). Com essa pesquisa espera-se construir conhecimento científico que irá embasar resultados positivos na saúde bucal coletiva, pois os resultados permitirão uma análise nacional de como está a estrutura das equipes de saúde bucal dentro da Atenção Primária à Saúde no SUS, bem como das ações de recuperação e reabilitação da saúde.

Neste escopo de estudo avaliativo do serviço público de saúde, os resultados esperados para esta pesquisa refletem-se na construção de subsídios para nortear a gestão do SUS, bem como para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e das ações de saúde bucal por ela realizada, assim como aumentar a visibilidade de tais ações fortalecendo a gestão focada nesta estratégia e nos profissionais da saúde do SUS. Além de fomentar o desenvolvimento de novas investigações, o estudo será fundamental para a adequação de políticas públicas de saúde bucal às necessidades nacionais.

Esta dissertação propõe-se então, a avaliar as principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista na APS associando a características de qualidade definidas por meio da estrutura e processo das unidades básicas de saúde, apontando quais as características da unidade e do CD que prevalecem para a realização do procedimento com a melhor estrutura possível.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

Consistindo-se em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, válidos para todo o Brasil, o Sistema Único de Saúde conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), a partir de uma concepção ampla do direito à saúde, sendo papel do Estado garantir esse direito, incorporando em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA et al., 2012).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece a base e norteia o funcionamento do SUS por meio de princípios e diretrizes que são conceitos internacionais (BRASIL, 1990), não estando associados a nenhum modelo em particular de financiamento ou provisão de saúde (BRASIL, 1988; MACHADO et al., 2007; NORONHA et al., 2012). Podemos destacar assim: i) Universalidade de acesso em todos os níveis de atenção, apontando o direito de que todos tem de obter as ações e os serviços de que necessitam, independente da complexidade, do custo ou da natureza dos serviços envolvidos; ii) Igualdade da assistência, reiterando que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde; iii) Participação da comunidade, como garantia de formulação de diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços executados; iv) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, como forma de garantir a autonomia relativa na elaboração de suas próprias políticas; v) Por fim a integralidade da assistência que é o foco deste capítulo. É entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

De certa forma, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade. Ele fala em atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz (COSTA; CIOSAK,

2010). Para o SUS, o sentido de integralidade se expressa como o meio necessário para a efetivação e qualificação do cuidado, ou seja, como atributo necessário para lhe conferir excelência, no sentido de representar a perspectiva que melhor possibilita aproximar as práticas profissionais das soluções que as pessoas esperam encontrar para seus problemas de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; VIEIRA, 2008), e diversas são as ferramentas para sua efetivação tais como: atendimento médico e odontológico, exames, tratamentos, procedimentos, atendimento a outros níveis da atenção, internação, entre outros (VIEIRA, 2008).

A integralidade se assume como uma prioridade entre os princípios do SUS, pois ela significa a assistência ao usuário em tudo o que representa sua necessidade. Isto vai desde a garantia de ter seus problemas resolvidos até possuir acesso a todas as tecnologias de cuidado. Portanto, a integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário, podendo ser vista ainda, como um conceito que permite a identificação dos sujeitos como totalidades. Ainda que estas não sejam alcançáveis em sua plenitude, é o princípio que considera todas as dimensões possíveis que se pode intervir (MACHADO et al., 2007). Desta forma, o atendimento integral extrapolaria a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongaria pela qualidade da atenção e assistência individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Adicionalmente, também se discute outro sentido para a integralidade, posto como as ações governamentais na área da saúde formada por políticas específicas à população ou dirigidas a determinados grupos populacionais, para dar respostas aos problemas de saúde destes grupos. Podemos assim dizer que esse conjunto de sentidos da integralidade trata das ações governamentais e das políticas em saúde para dar respostas às necessidades de saúde da população (COSTA; CIOSEK, 2010).

A integralidade, que é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população, tanto no que se refere a problemas biológicos e psicológicos como sociais (BARBARO et al., 2014) e que garante o acesso da população a todos os níveis da atenção à saúde (MARQUES; MENDES, 2002), apresenta diversos desafios. O principal desafio se relaciona ao crescimento dos gastos do Ministério da Saúde (MS) com ações judiciais (GUIMARÃES, 2014), essa preocupação, contudo, não exime o

Estado Brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto das ações e serviços que integram os cuidados com saúde (MARQUES; MENDES, 2002). Outros desafios estão na sua inserção como rotina nas práticas de cuidado. Ou seja, é necessário dar à integralidade um conteúdo operacional, prático e fazer com que seja absorvida pelo conjunto dos gestores, trabalhadores e usuários, tornando-a presente na vida cotidiana, na direção de uma nova organização dos serviços de saúde.

A integralidade é apontada como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, pois desde a década de 1990, a ênfase política sempre foi o financiamento e a descentralização. Assim, somente com a expansão e reorientação política do programa de saúde da família foi possível retomar a discussão da integralidade (VALENCA; GERMANA, 2010).

Durante anos o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Os poucos serviços odontológicos realizados faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista sem práticas de cuidado (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Para mudar esse quadro, em 2003 o MS lançou a PNSB – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam garantir o atendimento integral, por meio de ações da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades (COSTA, 2006).

Assim, a inclusão da saúde bucal na atenção básica pode ser considerada um passo rumo à integralidade das ações (BRASIL, 2004; AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Essa integralidade proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal é aquela que pretende responder a um maior número de patologias que o usuário possa demandar, e propõe-se a reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado, universalizar acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplar todos os níveis de atenção (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Apesar disso, a integralidade do cuidado na Odontologia ainda está sendo vista como uma utopia, pois não parece ter proximidade prática com uma qualidade do cuidado. Na PNSB a integralidade é posta como uma melhor integração entre os diferentes níveis de



complexidade, porém, objetivamente ainda cria-se uma organização burocrática do cuidado (PIRES; BOTAZZO, 2015) e o acesso de parte da população a diversos tratamentos clínicos ainda é limitado (SANCHEZ et al., 2015).

Esse princípio pode ser utilizado para a avaliação dos serviços e sistemas de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; CARNEIRO et al., 2013). Embora não exista uma hierarquia de importância entre os princípios ordenadores do SUS, observa-se que a interface entre a integralidade e a saúde bucal não apresenta numeroso material para leitura e análise, significando uma lacuna a ser preenchida (SANCHEZ et al., 2015). A atenção básica é um lugar privilegiado de construção da integralidade, pois, a princípio, deve atender à grande maioria da população. Observa-se, contudo, que a presença dos trabalhos existentes abordando a integralidade na Atenção Primária pouco relaciona esse princípio do SUS às ações de saúde bucal.

Neste cenário se evidencia a importância estratégica de um saber coletivo que traduza nos profissionais da equipe de saúde bucal sua autonomia e emancipação. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com as ações de educação permanente em saúde e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007). Não obstante, a integralidade das ações se dá a partir da formação profissional, tendo as instituições de ensino superior papel importante na formação de profissionais de saúde mais integrais, sendo também os profissionais da saúde imprescindíveis para o atendimento integral. A integralidade das ações, assim como a efetivação da PNSB, na prática é sempre uma construção local, com limites e possibilidades de cada equipe, dos recursos disponíveis, da atuação dos gestores e das cobranças dos usuários (SANCHEZ et al., 2015).

### 3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação dos serviços de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão (BOSI; UCHIMURA, 2007), e tem como propósito fundamental o suporte aos processos decisórios apontando a necessidade de

investimentos, subsidiando a identificação de problemas e auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população (GONÇALVES, 2007). A Organização Mundial da Saúde aponta que cada país precisa ter um forte sistema de monitoramento e de avaliação como base para o planejamento estratégico do setor de saúde nacional, abrangendo todos os principais programas e atividades de seu sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Observa-se, entretanto, a necessidade de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações entre os diferentes sujeitos que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Assim, para cada país, o plano nacional de avaliação do sistema de saúde deve abordar todos os componentes da estrutura e estabelecer as bases para as revisões periódicas durante a execução de seu plano nacional, uma vez que os processos de reavaliação do setor de saúde do país são os principais eventos para avaliar o progresso e desempenho do sistema de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A aplicação da avaliação em saúde busca satisfazer três critérios essenciais (ROBERTS et al., 2002). O primeiro é dar base ao processo de planejamento e monitoramento de um país. Em segundo lugar, deve atender às necessidades de monitoramento e avaliação para diferentes usuários e múltiplos propósitos, incluindo a avaliação de estrutura, processos e resultados, necessárias para a gestão dos investimentos do sistema de saúde. Em terceiro lugar, a avaliação deve facilitar não só a identificação de indicadores, mas também como os dados e resultado da análise de dados de múltiplas fontes, podem ser comunicados e usado pelos gestores em diferentes níveis de atenção. A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde deve ser chave para a tomada de decisão e processos do país, além de avaliar os resultados dos investimentos na saúde, identificando quais abordagens funcionam melhor. É essencial encontrar um equilíbrio entre o financiamento, os resultados e impacto - tais como o acesso à qualidade do atendimento, utilização de serviços e satisfação do paciente.

O ato ou processo de avaliar consiste necessariamente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento, fundamentalmente, pode ser resultado, ou da aplicação de critérios e de normas, ou se elaborar a partir de um julgamento científico (HARTZ, 1999). A primeira refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os resultados do trabalho na saúde. A segunda

volta-se ao julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde. Para estas avaliações, o dispositivo a ser utilizado deve ser capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos posicionarem-se e construir um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para que isso ocorra, observa-se a geração de estratégias metodológicas de avaliação variadas e multidimensionais, sugerindo que uma avaliação pode assumir variados desenhos na tentativa de se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo (BOSI; UCHIMURA, 2007). Três abordagens principais para avaliação do sistema de saúde são amplamente utilizadas (MCKEE et al., 2005). Estudos descritivos que são descrições sistemáticas e estruturadas do sistema e podem fornecer uma base para a análise subsequente. Abordagem quantitativa, que na maioria das vezes têm evoluído a partir da perspectiva de economia da saúde para acessar o desempenho dos sistemas de saúde em comparação internacional. E por fim estudos analíticos de foco, que leva a resposta de uma única questão.

No âmbito da APS, a avaliação do sistema de saúde ganha uma importância adicional. Este processo deve examinar deficiências de desempenho através de três principais características - eficiência, acesso e qualidade (ROBERTS et al., 2002). A eficiência do sistema é determinada se o nível de saúde da sociedade atinge equitativamente os objetivos da sociedade a um custo mínimo. O acesso que, por sua vez, é muitas vezes apresentada como uma causa de mau estado de saúde, e não está ligado somente a disponibilidade física, mas também a facilidade do cidadão de receber o cuidado. E por fim as características do sistema de qualidade que são influenciadas por inúmeras decisões e critérios e serão discutidos no próximo capítulo.

A partir da década de noventa, diversos instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação da APS. Nesta perspectiva, surgem diversas estratégias tanto do ponto de vista da experiência dos usuários quanto na análise da provisão do cuidado pelos serviços, como: the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, The Components of Primary Care Instrument, The Medical Home Family Survey, The Medical Home Index Adult Version 1.1, The Medical Home IQ, The Parents perception of Primary Care, The Physicians Practice Connections Patient-Centered Medical Home,

The Primary Care Assessment Survey, The Appropriateness of Primary Care Services Scales e The Primary Care Assessment Tools (MALOUIN et al., 2009). Em APS pode-se utilizar destes modelos para prover uma avaliação de qualidade dos serviços de saúde, conforme a abrangência da avaliação. Instrumentos validados, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool), que vão além da simples medição da satisfação, são mais promissores nesse sentido (NORMAN; NORMAN, 2013).

A avaliação por meio de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários, e as razões que levaram a uma ou a outra, também podem ser usadas com o objetivo de orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade. Os usuários dos serviços de atenção primária podem ser fonte primária de informações, quando relatam os cuidados recebidos na unidade de saúde, além de fornecerem informações relacionadas ao processo técnico do tratamento (DONABEDIAN, 2005). É necessário, entretanto, que os instrumentos avaliativos possuam uma abrangência nacional e que, acima de tudo, tornem-se balizadores das políticas de consolidação da APS brasileira.

Assim, apesar do grande empenho do Ministério da Saúde ao longo das últimas duas décadas em arrolar a discussão sobre a avaliação da Atenção Primária e propor instrumentos, a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes e pouco incorporados às práticas (VIANA, 2012). Avaliar os serviços ambulatoriais efetivos e de qualidade da APS, daqueles que somente realizam ações programáticas mínimas, é essencial para implantação de políticas públicas efetivas e equitativas (GONÇALVES, 2007). Diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS, torna-se imprescindível para o Brasil consolidar os processos de avaliação deste nível de Atenção.

Em se tratando da avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil, uma revisão de literatura foi encontrada, cujo objetivo foi avaliar a atenção odontológica em serviços de saúde no Brasil de forma a caracterizar a avaliação da atenção em saúde bucal. Os autores encontraram grande diversidade metodológica utilizadas na avaliação, sendo os trabalhos provenientes apenas de pesquisas acadêmicas, desvinculadas dos serviços de saúde bucal, com resultados muitas vezes desprovidos de juízo de valor referente ao objeto “avaliado”. Ressaltaram ainda a necessidade da realização de tais pesquisas com maior rigor metodológico e com maior vinculação aos serviços, para que seus resultados

contribuam para a melhoria da qualidade da assistência odontológica (COLUSSI et al., 2012).

Para a saúde bucal ainda há a carência de instrumentos validados, que consigam avaliar os serviços de saúde bucal da atenção primária, exclusivos de atenção assistencial ou voltada para a formação de recursos humanos para a odontologia. O instrumento PCATool-Brasil, de suma relevância para o SUS e para a qualificação da atenção primária, já está validado para os serviços médicos e de enfermagem (HARZHEIM et al., 2006). Entretanto, para a odontologia, o instrumento ainda não foi validado. Somente a primeira etapa do processo de validação, que busca modificar o instrumento para as características de saúde bucal, para que este avalie adequadamente os serviços odontológicos da atenção primária, foi realizado (FONTANIVE, 2011), apresentando uma carência de instrumentos validados no Brasil.

No primeiro grande estudo com equipes de saúde bucal do SUS, cujo objetivo foi de identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários e analisar a organização da atenção à saúde bucal, 12565 equipes de Saúde da Família que aderiram ao Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foram avaliadas durante o ano de 2012. Os resultados indicaram que 45,1% dos usuários não conseguem marcar consulta com o dentista, e quando conseguiam, a garantia de continuidade de tratamento era menor nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera nas especialidades ainda se constituem em problema da rede de atenção. Ademais, problemas de estrutura e acesso são motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços (CASOTTI et al., 2014).

Diante desse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um programa que busca, além de institucionalizar os processos de avaliação das rotinas de trabalhadores e gestores nas unidades básicas de saúde, avaliar a ampliação do acesso da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência das efetividades das ações governamentais direcionadas à AB. Para tanto, situa a avaliação dos serviços de saúde como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (PINTO, 2014; RODRIGUES et al., 2014; SEIDL et al., 2014).

### 3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A partir de 1988, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde oferecidos a população com a implementação do SUS, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade com qualidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente (MACHADO et al., 2007).

A avaliação da qualidade aparece como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde, e quando se associa ao conceito da avaliação à qualidade – a questão fica ainda mais complexa, uma vez que se tornam explícitas as dificuldades na utilização deste conceito, traduzindo o seu caráter multidimensional, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas (UCHIMURA; BOSI, 2002). Essa diferenciação não aponta, necessariamente, posições que sejam dicotômicas, mas sim, complementares. Dessa forma, a avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas dos serviços de saúde, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes, independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação. Nesse sentido, a avaliação qualitativa, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à avaliação da qualidade como uma possibilidade dessa última (UCHIMURA; BOSI, 2002; BOSI; UCHIMURA, 2007).

Medir qualidade geralmente requer dados detalhados e pode ser medido numa variedade de maneiras. Exemplos são a comparação de registros clínicos de determinado tratamento, ou de materiais e insumos utilizados, com opiniões de especialistas. Qualidade também pode ser medida indiretamente por dados de resultados como taxas de infecção, mortalidade, retratamento e assim por diante. Avaliação da qualidade clínica é uma área que requer estudos mais detalhados e ainda carece de literatura (ROBERTS et al., 2002).

Um quadro conceitual, desenvolvido por Donabedian em 1980 (DONABEDIAN, 1980), para avaliação de qualidade em saúde, foi definido a partir de

um modelo de avaliação centrado nos componentes de Estrutura, Processo e Resultado para a observância dos pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade). Segundo MARQUES et al. (2014) esse quadro ainda se estabelece como hegemônico na avaliação da qualidade em saúde, destacando ainda que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade consistiria na seleção de um conjunto de indicadores representativos das abordagens.

O conceito de estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência a saúde, referindo-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física do estabelecimento, a disponibilidade de equipamentos e insumos para procedimentos, até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros (VIANA, 2012).

Quanto ao Processo, abrange as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. São sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo. O Resultado é apontado como o produto final da assistência prestada, considerando o nível de saúde do paciente, o cumprimento de expectativas e a satisfação de padrões clínicos aceitáveis (VIANA, 2012).

Nessa perspectiva, Starfield (STARFIELD, 2002) aponta a Estrutura como a capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços. Entre esses estão a análise de pessoal, que considera a educação e treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço e a análise da instalação e equipamentos, que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação, além dos insumos utilizados. Valoriza ainda a estrutura como um dos componentes para avaliação do sistema de serviços de saúde, salientando a influência da estrutura ao do desempenho dos profissionais com um enfoque sobre os resultados da atenção a saúde, destacando ainda que a qualidade é um princípio ético e questão de justiça na prestação dos serviços.

A abordagem estrutural tem sido muito criticada pela dificuldade do estabelecimento de relações causais entre os procedimentos realizados e a melhoria das condições de saúde da população. A avaliação de resultados seria, então, aquela de maior validade para medir a qualidade da atenção prestada. Contudo, em que pese a aparente primazia da abordagem de resultados, há que considerar que a melhoria da atenção à saúde ocorre ao nível da modificação do processo ou da estrutura, pois os resultados são sempre consequência de alguma mudança e para seu alcance há de se identificar as ações corretivas necessárias nos serviços e nas práticas sanitárias. Assim, embora sejam complexas as redes causais que ligam a estrutura dos serviços de saúde aos seus efeitos e envolvam diversos fatores, há a necessidade de valorização dos componentes de estrutura na avaliação e gestão dos serviços de saúde na sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde e para o alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população (SILVEIRA et al., 2001; MOURA et al., 2010).

O termo qualidade, no contexto da saúde bucal, pode ser um sinônimo de melhores serviços e de êxitos nas iniciativas e nos projetos do setor. O desenvolvimento de serviços públicos de saúde bucal com boa qualidade é dificultado por fatores como a troca contínua e seguida de gestores, a falta de compromisso por parte dos profissionais, as falhas na compra e manutenção de materiais, insumos e equipamentos (COLUSSI, 2010).

No Brasil, a maior parte dos estudos que avaliaram a qualidade dos serviços de saúde bucal estão ligados à perspectiva do usuário, tanto na atenção primária (COLUSSI, 2010; BRUNHAUSER et al., 2013) quanto na secundária (KITAMURA, 2013; MAGALHÃES et al., 2015). Em revisão integrativa de literatura, cujo objetivo foi descrever o panorama sobre estudos de avaliação dos serviços de saúde bucal sob a ótica do usuário no Brasil evidenciou que a maioria dos trabalhos referenciam-se nos conceitos de qualidade desenvolvidos por Donabedian. Os dez artigos avaliados identificaram a necessidade de se organizar e definir melhor o acesso aos serviços, com a utilização de critérios bem estabelecidos de equidade. Outro ponto identificado foram as relações interpessoais, cuja ausência de canais de comunicação com a população prejudica a definição de estratégias eficazes e resolutivas (CASTRO et al., 2014).

Em revisão integrativa da literatura que tratam da avaliação em saúde bucal



voltada ao serviço e sua qualidade, os resultados apontaram que a avaliação da qualidade de serviços e ações em saúde bucal é objeto recente de pesquisas, o que se confirmou pelas recentes datas de publicação dos trabalhos encontrados. Apontaram ainda que o acesso aos serviços foi o tema mais estudado. Destaca ainda que nem todos os trabalhos classificados pelos autores como estudos de avaliação emitem algum juízo de valor referente ao processo de avaliação realizado (COLUSSI, 2010).

Ao longo do estudo da qualidade, vários enfoques para a gestão da qualidade total foram desenvolvidos. Na área da saúde, destaca-se um modelo específico desenvolvido para determinadas realidades, denominado "acreditação". Acreditação é um sistema de avaliação externa que verifica o cumprimento de um conjunto de padrões, relacionados com a qualidade da assistência prestada. Apesar de serem aplicados fortemente em hospitais (PINTO, 2006), sua extensão para redes de serviços de saúde primária está ocorrendo através do PMAQ, sendo também intitulada como “processo de certificação”, constituindo-se assim, em uma forma combinada de avaliação da qualidade para decisão e avaliação para gestão.

#### 3.4 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O modelo de Gestão por Resultados é uma ferramenta muito utilizada na área da Administração Pública, que pode ser perfeitamente adequada aos serviços de saúde. Esse modelo tem demonstrado grande eficácia no aumento e na efetividade das ações, com a vantagem de levar em conta os interesses e as necessidades do usuário do Sistema de Saúde (JORGE et al., 2013).

Assim, em 2011, após amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – a Portaria nº 1.654, do MS, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011). A implantação desse programa busca realizar mudanças no processo de trabalho das equipes da atenção básica, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços públicos do sistema único de saúde, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na

implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (PINTO, 2014).

Para financiar a Atenção Básica, o Governo Federal escolheu duas formas de remuneração, que chamou de Piso da Atenção Básica (PAB): o PAB Fixo e o PAB Variável (BRASIL, 2011). O PAB fixo é o mínimo que o município recebe (vindo do Governo Federal) para cuidar da saúde dos seus cidadãos e é calculado de acordo com a população do município. O repasse em dinheiro pago pelo Departamento da Atenção Básica a cada Unidade de Saúde que aderir e participar do PMAQ é o principal motivo pela adesão dos gestores ao PMAQ, visto que os recursos do PMAQ aumenta a parcela variável do Piso da Atenção Básica Variável. Não há a obrigação dos gestores municipais de fazerem a adesão ao PMAQ, mas com a adesão o município recebe mais recursos provenientes do governo federal.

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2014), a saber:

- Primeira Fase - Adesão: Consiste na etapa formal de adesão ao PMAQ mediante contratualização de indicadores firmados entre o MS e os gestores municipais, que por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes da atenção básica num processo que envolve pactuação local e a participação do controle social.
- Segunda Fase - Desenvolvimento: Momento em que se desenvolve um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão, no cuidado prestado pelas equipes, e na atuação dos indicadores contratualizados.
- Terceira Fase: Etapa na qual acontece a avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O MS em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visitas às equipes para a avaliação diversos aspectos.
- Quarta Fase: Constitui no processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados

alcançados.

Para esta dissertação, foram utilizados os dados coletados na avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ. A avaliação externa iniciou-se após a fase de adesão dos municípios. O segundo ciclo contou com a adesão de 38396 estabelecimentos (BRASIL, 2013b), porém, somente 24055 unidades básicas de saúde foram avaliadas pela terceira fase do ciclo de melhoria da qualidade do PMAQ, a qual aconteceu entre 2013 e 2014. 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, que continha o questionário de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2013a), o qual está organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, equipamentos, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde: objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Para a coleta de dados, foram selecionados avaliadores externos que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ (BRASIL, 2012).

Após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via rede a um servidor do MS para que fossem validados. Visando delinear um padrão

mínimo e máximo para 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 participantes do programa, são os seguintes: a) tempo de coleta (entre uma e duas horas para cada módulo e, ainda, devido a complexidade e a 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 sete 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 Unidade Básica de Saúde. d) Resposta com caracteres repetidos. No instrumento alguns campos admitem a digitação aberta de respostas, como por exemplo, nos itens “outros”, endereço da unidade, quantidade de consultas, quantidade de dias, entre outros. O preenchimento desses campos com caracteres repetidos, como “99999”, “88888” ou “00000000” podem indicar inadequações no processo de avaliação no qual o avaliador da qualidade opta por digitar essa resposta diante da dificuldade de compreender a pergunta que ele deve realizar, ou diante do desgaste pela dificuldade do entrevistado em responder determinadas questões. 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.

A avaliação externa, no que conste as Equipes da Saúde Bucal participantes do programa, busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das ESB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. Possibilita ainda reforçar práticas de cuidado, gestão e educação em saúde bucal que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica e à saúde ofertada ao cidadão; Fortalecer as ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores de saúde bucal; Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS e da política de Saúde Bucal; Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades das ESB no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada

lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis; Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2013).

Os pontos fortes do programa vão desde sua a magnitude que é de abrangência nacional, inédito e indutor de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde e instituições de ensino superior, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população (TEIXEIRA et al., 2014). Dentre os objetivos do programa, fica explícito que tem como objetivos finalísticos impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO, 2014). Através de uma estratégia que pressupõe o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (LINHARES et al., 2014).

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar as equipes de saúde bucal que aderiram ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, por meio das principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista na Atenção Primária associando a características de qualidade definidas por meio da estrutura e processo das unidades básicas de saúde.

### **Objetivos Específicos**

Descrever se as ESB possuem os equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos para uso nas unidades, apresentando a infraestrutura de equipamentos, instrumentais e insumos dos serviços da atenção básica do Brasil.

Descrever se os procedimentos de raspagem, alisamento e polimento radicular, restauração de resina e amálgama, pulpectomia e exodontia simples (dentes decíduos e permanentes) são realizados pelo cirurgião-dentista na atenção básica.

Verificar a associação entre quais as características da unidade e do cirurgião-dentista que prevalecem para a realização do procedimento curativo com a melhor estrutura de materiais.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Cien Saude Colet*. 2015;20(1):239-48.
- Barbaro MC, Lettiere A, Spanó Nakano AM. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(1):108-14.
- Baumel D, Carneiro M, Gabardo L, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS*. 2009;12(2):168-75.
- Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2):555-60.
- Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):150-3.
- Brasil. Caderno de atenção básica, n.17. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2008.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. p. 1-226.
- Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil; 2004.
- Brasil. Instrumento de avaliação externa para as equipes de saúde bucal. 2013a; 50 p.
- Brasil. Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. 1990.
- Brasil. Manual operacional. Ação nacional 2011-2015 multiplicando a estratégia. 2014;354.
- Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasil; 2004.
- Brasil. Portaria Nº 634 de 17 de abril de 2013b. 2013; 2.
- Brasil. Portaria Nº 1654 de julho de 2011. 2011; 5.
- Brasil. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade. Manual instrutivo. 2012; 66.
- Brunhauser AL, Magro ML, Neves M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. *Rev da Fac Odontol Passo Fundo*. 2013;18(1):24-31.

Carneiro AJS, Coelho EAC. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. *Rev Bras Enferm.* 2013;66 (6):887–92.

Casotti E, Contrato PC, Fonseca ABM, Borges PKDO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2014;38(Especial):140–57.

Castro L, Cerdeira R, Groisman S. Qualidade dos serviços de saúde bucal sob a perspectiva do usuário. *Rev Bras Odontol.* 2014;71(2):203–7.

Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica.* 2010;44(6):1005–13.

Colussi CF, Cristina M, Calvo M. Avaliação da Atenção em Saúde em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Saúde Transform Soc.* 2012;3(1):92–100.

Colussi CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. 2010;23.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):705–11.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre, RM. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília. 2006;

Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev da Esc Enferm.* 2010;44(2):437–44.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691–729.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: *Explorations in quality assessment and monitoring.* Ann Harbor: Health Administration Press; 1980.

Fontanive LT. Adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil versão usuários dirigido à saúde bucal [Dissertação]. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [Dissertação]. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007;128.



Guimarães R. Technological incorporation in the Unified Health System (SUS): the problem and ensuing challenges. *Cien Saude Colet*. 2014;19(12):4899–908.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Cien Saude Colet*. 1999;4(2):341–53.

Hartz ZMDA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):331–6.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649–59.

Jorge A, Marques DS, Martins CC. Gestão para resultados na área da saúde em minas gerais : estratégias bem sucedidas. 2013; 29.

Kitamura ES. Avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos centros de especialidades odontológicas [Dissertação]. Brasil: Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.

Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade no estado do Ceará. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):195–208.

Lúcia A, Ferreira S, Andrade SR De. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):205–14.

Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):335–42.

Magalhães BG, Oliveira RS de, Góes PSA de, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad Saude Coletiva*. 2015;23(1):76–85.

Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag care*. 2009;44–8.

Marques M, Barros R, Souza C De, Maria R, Torres C, Maria D, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da

Família na Atenção Básica. 2014;124–39.

Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saude Publica*. 2002;18(2):163–71.

McKee M, Nolte E, Wait S. Describing and evaluating health systems. In: *Handbook of health research methods*. 2005;12.

Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(1):69–81.

Munkeviz MSG, Cecilia M, Pelicioni F. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário bucal. *Rev. Bras Crescimento e Desenvolvimento Hum*. 2010;787–97.

Norman AH, Norman JA. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):225–6.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2012. p. 1097.

Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):358–372.

Pinto LFDS. Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil [Tese]. Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública. 2006;224.

Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde e Soc*. 2015;24(1):273–84.

Pucca Junior GA. Política nacional de saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso: o caso Brasil Sorridente [Dissertação]. Brasil: Universidade de Brasília; 2013.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. *Getting Health Reform Right. Getting health reform right*. 2002. 264 p.

Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate*. 2014;38(Especial):173–181.

Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trab. Educ. Saúde*. 2015;13(1):201–14.

Seidl HMF, Vieira SDP, Fausto MCR, Lima RDCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):94–108.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):131–9.

Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Porto Alegre. 2002;726p.

Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):52–68.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1561–9.

Valenca CN, Germana RM. O que é SUS? *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1262–3.

Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias [Dissertação]. Brasil: Universidade Federal do Piauí; 2012;127.

Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde : reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(2):365–9.

World Health Organization. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework. 2009; 1-28.

Zilbovicius C. A Saúde bucal e o Sistema Único de Saúde : Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [Dissertação]. Brasil: Universidade de São Paulo; 2005.

## **6. ARTIGO**

### **Integralidade da saúde bucal na atenção primária: avaliação da estrutura e processo**

#### **Integrity of oral health in primary care: evaluation of the structure and process**

**Título resumido:** Integralidade da saúde bucal na atenção primária

Alexandre Baumgarten<sup>a</sup>, Fernando Neves Hugo<sup>b</sup>, Alexandre Favero Bulgarelli<sup>c</sup>, Juliana Balbinot Hilgert<sup>d\*</sup>

<sup>a</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Email: a.baumgarten@hotmail.com Contato: (51) 3308-5204

<sup>b</sup> Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Email: fernandoneveshugo@gmail.com Contato: (51) 3308-5204

<sup>c</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Email: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br Contato: (51) 3308-5204

<sup>d</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Email: jhilgert@gmail.com Contato: (51) 3308-5204

\*Correspondência para: Dra. Juliana Balbinot Hilgert, Faculdade de Odontologia da UFRGS. Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Rua Ramiro Barcelos, 2492. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil 90035-003; Tel.:55 51 33085204; E-mail: jhilgert@gmail.com

## RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar as principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista na atenção primária associada a características de qualidade definidas por meio da Estrutura e Processo, explorando fatores que garantem a integralidade da assistência.

**MÉTODOS:** Estudo exploratório transversal baseado em dados de 18114 centros de atenção primária à saúde com equipes de saúde bucal (ESB). O desfecho foi criado pela estrutura mínima de equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos verificados in loco, associada à constatação da realização de uma série de tratamentos odontológicos curativos realizados pelos cirurgião-dentista. As covariáveis foram referentes a características da unidade de saúde e do cirurgião-dentista. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta e calculou-se razão de prevalência bruta e ajustada, com intervalo de confiança de 95%.

**RESULTADOS:** 1190 (6,5%) ESB não apresentaram equipamentos mínimos à assistência odontológica e somente 2498 (14,8%) apresentaram a qualidade máxima esperada. Constatou-se associação positiva nas ESB com maior número de profissionais, as que apresentaram maior carga horária de trabalho, as que a gestão disponibilizou informações para análise de situação de saúde, assim como as que realizaram monitoramento dos indicadores de saúde bucal. Observou-se, também, que as ESB que planejaram e programaram as ações de saúde bucal mensalmente com a equipe de atenção básica apresentaram qualidade máxima. Quanto ao cirurgião-dentista, maior qualidade foi constatada nos que apresentaram melhores vínculos empregatício, que possuíam plano de carreira, pós-graduação em saúde pública e vivenciam educação permanente.

**CONCLUSÕES:** A qualidade máxima proposta pela pesquisa foi baixa, bem como a presença de equipamentos mínimos para o trabalho das ESB na realização de assistência odontológica na Atenção Primária a Saúde. Sugere-se investimento em melhorias da estrutura da atenção primária, bem como o incentivo à implementação dos resultados apresentados nas unidades de saúde e ao cirurgião-dentista. Tal investimentos poderão refletir na melhoria da qualidade da assistência odontológica curativa prestada.

**Descritores:** Assistência Odontológica Integral. Avaliação de Serviços de Saúde. Serviços de saúde bucal. Odontologia em Saúde Pública. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** Evaluate the main curative actions carried out by the dentist in primary health care associated with quality characteristics defined by the Structure and Process, exploring factors that ensure the integrality of the assistance.

**METHODS:** Cross-sectional exploratory study based on data from 18114 primary health care centers with oral health teams. The outcome was created by the minimum structure of equipment, dental instruments and supplies examined in situ, associated with the realization of a series of curative dental treatments performed by the dentist. The covariables were related with characteristics of the primary health center and with the dentist. Poisson regression with robust variance was used and was calculated adjusted and unadjusted prevalence ratio, with intervals of confidence of 95%.

**RESULTS:** 1190 (6.5%) oral health teams did not present minimum equipment to dental care and only 2498 (14,8%) had the maximum quality expected. It was found a positive association in the oral health teams with higher number of professional, which had a higher workload, which the management provided information for health situation analysis, well as those that performed monitoring of oral health indicators. It was observed, also, that the oral health teams that planned and programed monthly the oral health actions with the primary care team presented maximum quality. With regards of the dentist, was observed higher quality in that who showed better employment ties, which had career plan, post graduate in public health and accomplished continuing education.

**CONCLUSIONS:** The maximum quality proposed by the research was low, as well as the presence of minimum equipment for the work of the oral health teams in performing dental care in Primary Health Care. It is suggested to improve the primary care structure, as well the incentive to the implementation of the results in primary health

centers and to the dentist. Such investments may reflect on improving the quality of provided curative care.

**Descriptors:** Comprehensive Dental Care. Health Services Evaluation. Dental Health Services. Public Health Dentistry. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Quality of Health Care.

## **Introdução**

Entende-se que a integralidade é uma prioridade entre os princípios doutrinários do SUS, pois ela significa a assistência ao usuário em toda sua necessidade. Isto abrange desde a garantia de ações e serviços para resolução de seus problemas, até oferta de acesso à todas as tecnologias de cuidado. Portanto, a integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia e efetividade nos serviços de saúde e a um processo de trabalho centrado no usuário.<sup>15</sup> Por meio do Brasil Sorridente, a inclusão da saúde bucal na Atenção Primária pode ser considerada um passo rumo à integralidade das ações.<sup>1,6</sup> Correspondendo a um lugar privilegiado de construção desse princípio, dado que deve atender à grande maioria da população e responder a um maior número de patologias bucais que o usuário possa demandar.<sup>1</sup>

Idealiza-se assim o desafio de construir uma Atenção Primária que, além de atender às necessidades de saúde, garanta a toda população acesso e atendimento integral aos serviços de saúde de qualidade.<sup>3</sup> Por conseguinte, estudos de monitoramento dos serviços de saúde devem ser realizados, como propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios apontando a necessidade de investimentos, subsidiando a identificação de problemas e auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população.<sup>13</sup> Uma das formas de pôr em prática esse monitoramento é com a avaliação da qualidade que aparece como campo de conhecimento específico e traduz o seu caráter multidimensional, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas.<sup>22</sup>

Um quadro conceitual, desenvolvido por Donabedian em 1980,<sup>10</sup> para avaliação de qualidade em saúde, foi definido a partir de um modelo de avaliação centrado nos componentes de Estrutura, Processo e Resultados e ainda se estabelece como

hegemônico na avaliação da qualidade em saúde.<sup>8</sup> O conceito de Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência à saúde, referindo-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física do estabelecimento, a disponibilidade de equipamentos e insumos para procedimentos, até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. O Processo abrange as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, e diz respeito ao tratamento prestado diretamente realizado. Por fim, o Resultado da assistência é apontado como o produto final da assistência prestada, considerando o nível de saúde do paciente, o cumprimento de expectativas e a satisfação de padrões clínicos aceitáveis.<sup>11</sup>

Há que considerar que a melhoria da atenção à saúde e da qualidade ocorre em nível da modificação do Processo ou da Estrutura, pois os Resultados são sempre consequência de alguma mudança e para seu alcance há de se identificar as ações corretivas necessárias nos serviços e nas práticas sanitárias. Assim, embora sejam complexas as redes causais que ligam a estrutura dos serviços de saúde aos seus efeitos e envolvam diversos fatores, há a necessidade de valorização dos componentes de estrutura na avaliação e gestão dos serviços de saúde na sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde para o alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população.<sup>17,21</sup>

Nesse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica busca institucionalizar os processos de avaliação da qualidade nas rotinas de trabalhadores e gestores das unidades básicas de saúde permitindo maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à atenção primária. A avaliação da qualidade como estratégia permanente para tomada de decisão está sendo considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. Para tanto, este estudo tem como objetivo avaliar as principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista na atenção primária associada a características de qualidade definidas por meio da estrutura e processo, avaliando fatores que garantem a integralidade da assistência.

## **Metodologia**

Estudo transversal, de natureza exploratória, cuja coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica em todo o Brasil, entre março e dezembro de 2014, em 24055



Unidades Básicas de Saúde que aderiram ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ. Para este estudo foram avaliadas 18114 unidades básicas de saúde que possuíam equipes de saúde bucal (ESB) na atenção primária a saúde, correspondendo a 81,5% do total das 22213 ESB existentes no Brasil.

Para a coleta de dados foram selecionados avaliadores externos que participaram de treinamento uniforme por meio da utilização de um manual de campo. A coleta foi realizada *in loco* por meio da utilização de *tablets*, os quais continham um aplicativo com instrumento padronizado e testado previamente. Um protocolo de qualificação da coleta de dados foi estabelecido e consistia em 5 critérios: correspondência da coordenada geográfica captada pelo instrumento, tempo de duração da coleta de dados por módulo, horário de início e término da avaliação, proporção de alternativas não respondidas e resposta com caracteres repetidos. A aplicação do questionário se deu por meio de entrevista, na qual foram coletadas informações, por meio de documentação comprobatória sobre a identificação, funcionamento e estrutura da Unidade de Saúde e a verificação de equipamentos, materiais e insumos odontológicos. Além dessas, dados foram coletados realizando-se entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal.

Foram elegíveis para o estudo as unidades de saúde que continham a presença dos equipamentos odontológicos mínimos para a realização de procedimentos curativo-restauradores na unidade,<sup>5</sup> que foram verificados por meio da presença das seguintes variáveis: cadeira odontológica que realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada, *cart* odontológico, refletor de luz, cuspeira, sugador de saliva, canetas de alta e baixa rotação e compressor de ar com válvula de segurança e mocho odontológico.

Como forma de garantir a realização dos procedimentos com requisitos mínimos de qualidade, as variáveis que compõe o desfecho foram originadas da seguinte maneira: a afirmação da realização de determinados procedimentos praticados pelo cirurgião-dentista (CD) somado à aferição de padrões mínimos de materiais (equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos para a realização de cada um dos procedimento específico). Os desfechos foram dicotomizados, sendo positivo quando o CD realizava o procedimento e possuía todos os materiais, e negativo quando não se cumpria um dos itens.

A avaliação do processo se deu pela questionamento ao CD, por meio da pergunta ‘A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde?’, com possibilidade de resposta positiva ou negativa, sobre a realização de: raspagem, alisamento e polimento radicular (RAP), restauração de resina e amálgama, pulpectomia e exodontia simples (decíduos e permanentes).

A avaliação da estrutura se deu pela verificação de equipamentos, instrumentais e insumos de cada procedimento mencionado acima. Para qualquer procedimento avaliado foi necessária a presença de trio odontológico (odontoscópio, sonda exploradora e pinça de algodão), equipamentos de proteção individual (luva, óculos, máscara, avental e touca), sugador odontológico e material para anestesia (anestésico e seringa carpule com agulha), com exceção deste último para RAP. Para cada procedimento, ainda foram minimamente necessários os materiais descritos na Tabela 1.

As variáveis exploratórias avaliadas referentes à unidade de saúde foram: i) modalidade de Equipe de Saúde Bucal (modalidade I, que compreende um CD e um auxiliar de saúde bucal (ASB); modalidade II, que compreende um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB); e ESB parametrizada que compreende dois CD (carga horária de trabalho de 20 horas cada), um ASB e um TSB; ii) quantidade de turnos e dias de atendimento; iii) realização de análise de situação de saúde; iv) monitoramento e análise dos indicadores de saúde bucal e atividades de planejamento e programação das ações. As variáveis exploratórias referentes ao cirurgião-dentista foram: i) tipo de vínculo empregatício; ii) plano de carreira; iii) pós-graduação em saúde pública (residência, especialização, mestrado ou doutorado); iv) educação permanente.

Os dados foram analisados no software SPSS v21 (Chicago: SPSS Inc). Análises das frequências absolutas e relativas foram realizadas. A soma dos desfechos foi realizada para melhor ajuizamento do cenário estudado (realizar todos os procedimentos e possuir todos materiais mínimos necessários). Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O projeto nº 21904 foi aprovado pela CEP da UFRGS.

## **Resultados**

O presente estudo avaliou 18114 equipes de saúde bucal em todo o Brasil. Destas, 1190 foram excluídas pois encontravam-se em estabelecimentos de assistência odontológica que não apresentaram os equipamentos odontológicos mínimos para a realização dos procedimentos curativo-restauradores na unidade. As 16924 ESB restantes seguem analisadas neste estudo. A frequência absoluta e relativa para cada desfecho criado está representado na Figura 1.

Após o segundo filtro o número de unidades com condição mínima para realizar o procedimento foi de: 6330 para RAP, 11790 para restaurar com resina, 11196 para restaurar com amálgama, 7296 para fazer pulpectomia e 6686 para exodontia simples. Apenas 2498 ESB (14,8%) tiveram resultado positivo para todos os itens avaliados (Figura 1). A tabela 2 descreve a presença dos equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos presentes nas unidades básicas de saúde, apresentando um panorama da infraestrutura de materiais para o Brasil.

A análise bruta para qualidade máxima esperada nas ESB apresentou resultados na mesma direção da análise ajustada, com exceção do número de dias de atendimento por semana (Tabela 3). Ao avaliarmos as variáveis referentes à unidade de saúde bucal, a análise ajustada aponta para uma maior realização dos procedimentos nas ESB modalidades II ou parametrizadas. No que diz respeito a carga horária de trabalho, abrangendo os dias da semana e turnos, o resultado, também, foi melhor para estabelecimentos com maiores cargas de trabalho, bem como aqueles que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde, aquelas em que a ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores de saúde bucal. Soma-se a estes fatos as ESB que realizam planejamento e programação de suas ações mensalmente com a equipe de atenção básica.

Quanto às questões referentes ao cirurgião-dentista o tipo de vínculo empregatício, também, foi determinante para os melhores resultados do desfecho, apresentando, aqueles servidores públicos estatutário e empregado público ou contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), melhores resultados do que os demais tipos de vínculos. Também os cirurgiões-dentistas que possuem plano de carreira, algum tipo de pós-graduação em saúde pública, ou vivenciam atividades de educação permanente mostraram associação positiva para realizar todos os procedimentos possuindo o material necessário.

A tabela 4 apresenta análise da regressão de Poisson, com razões de prevalências ajustadas, que foram estratificadas para cada procedimento. Os resultados foram semelhantes e seguem na mesma direção dos resultados encontrados e descritos na Tabela 3. Cabe destacar que o procedimento de exodontia simples não possui associação positiva com nenhuma variável exploratória estudada, com exceção de possuir um terceiro turno de atendimento (RP=1,01 (IC95%: 1,01-1,02)) e o CD vivenciar educação permanente (RP=1,02 (IC95%: 1,00-1,03)), apesar dessa maior prevalência para realização dos procedimentos encontrada ser baixa.

## **Discussão**

Neste estudo, 18114 ESB do Brasil foram avaliadas quanto à qualidade prestada, por meio de componentes de Estrutura e Processo das unidades básicas da atenção primária do SUS. O aumento da probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade, e o resultado final garantir a integralidade da assistência e satisfazer os padrões e expectativas dos usuários, foi medido pela realização dos principais procedimentos curativos e da estrutura mínima de equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos das ESB. Os resultados apontaram que somente 14,8% das ESB possuíam essa qualidade máxima.

Mesmo com uma odontologia brasileira tecnicamente elogiável, no Sistema Único de Saúde/SUS ela ainda não mostra competência e potencialidade em expandir essa qualidade para a maioria da população. O fato de 1190 estabelecimentos de assistência odontológica não apresentarem infraestrutura mínima de trabalho e diversos procedimentos curativos de menor complexidade, e que compõem a maior parte das necessidades de saúde da população, não serem realizados apresenta um desafio a resolutividade da APS. Adequar esta nova perspectiva da saúde bucal, gerada como fruto de um processo da Reforma Sanitária Bucal das últimas décadas aos princípios e diretrizes do SUS ainda se caracteriza como um marco fundamental.<sup>23</sup> Embora muitos resultados positivos tenham sido obtidos, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertado à população.<sup>4,14</sup>

As análises revelaram que alguns fatores podem ser fundamentais para a garantia da integralidade da assistência à saúde bucal com qualidade na atenção primária. A

discussão quanto aos melhores resultados das ESB com maior carga horária de trabalho e com maior número de profissionais nas modalidades, passa pela importância do trabalho em equipe na atenção primária e é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. As ESB, cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, desenvolve ações de saúde bucal, ora comuns a todos (como as ações de planejamento estratégico e busca ativa), ora devendo ser preservadas as suas especificidades. Assim, a ação conjunta pressupõe a possibilidade da prática do profissional de se reconstruir na prática do outro, e é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe, tendo maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e na organização da estrutura de trabalho.<sup>19</sup>

Na integralidade da prática odontológica, o presente estudo destaca o procedimento de exodontia simples realizado na Atenção Primária. Na regressão é possível observar que a realização da exodontia acontece independente aos fatores envolvendo processo de trabalho, monitoramento de indicadores bem como modelo de atenção à saúde ou questões que envolvam o cirurgião-dentista. A prática da extração dentária historicamente é realizado no Brasil independente do IDH, da vulnerabilidade da população assistida e do local de atendimento.<sup>9</sup> Tal procedimento independente do modelo e do profissional, e mesmo em declínio a extração desenfreada de dentes permanentes na APS é uma realidade no Brasil.<sup>9</sup>

Na perspectiva da organização do trabalho, é importante uma discussão a respeito da relação do trabalhador com a estrutura em que o mesmo vivencia no seu trabalho diário. A oferta de educação permanente na estrutura do seu trabalho bem como o bom trabalho em equipe são fundamentais para a qualidade dos procedimentos da APS. A formação nesta perspectiva promove um profissional com competência para trabalhos com integração de equipe este é um facilitador do trabalho inter profissional.<sup>18</sup> Na APS, uma boa qualidade dos procedimentos odontológicos acredita-se estar associada à presença de Equipamentos, Instrumentais e Insumos mínimos e adequados. A estrutura física do ambiente de trabalho influencia diretamente na produtividade dos dentistas.<sup>20</sup> O Brasil, necessita de melhorias nas condições de trabalho bem como na infraestrutura para o trabalho do dentista no SUS.<sup>16</sup> Soma-se a este fato a uma adequada política pública que esteja associada com premissas da APS como no caso brasileiro nos

últimos 20 anos.<sup>12</sup>

A realização de planejamento e programação das ações mensais, com toda equipe de atenção primária, ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre seus membros, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde bucal a população. A ação interdisciplinar na prática é favorecida pela concepção integral do cuidado, e a valorização do trabalho multiprofissional favorece para uma abordagem ampla e resolutiva das ações de saúde, prestando uma assistência holística com qualidade.<sup>2</sup> Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a se descentralizar da figura do cirurgião-dentista, e o trabalho em conjunto com os gestores torna-se fundamental. Este estudo apontou que as ações de gestão se constituíram de elemento imprescindível para os melhores resultados do desfecho por meio da disponibilização de informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população e pela análise e monitoramento dos indicadores de saúde bucal.

Como apontado por esse estudo, a integralidade das ações do cuidado na atenção primária perpassa pela qualificação do cirurgião-dentista por meio da formação profissional e da busca pela educação permanente. Essa qualificação busca estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde bucal.<sup>15</sup> A qualificação da formação profissional coloca o cotidiano do trabalho em saúde e as ações produzidas diariamente como objeto de reflexão e avaliação. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e que as necessidades de qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde da população.<sup>7</sup>

Como principal limitação desse estudo, pode-se apontar a utilização de amostra com adesão voluntária ao PMAQ-AB. Em contrapartida, o estudo apresenta pontos fortes. O tamanho da amostra confere alto poder ao estudo. Foram examinadas 81,5% equipes de saúde bucal (ESB) da atenção primária à saúde do total existente no Brasil, de municípios de diferentes portes, de todas as macrorregiões e estados do País. A identificação do desfecho por meio da entrevista com o cirurgião-dentista e a constatação in loco do material gera poucos viés de informação.

Em conclusão, embora sejam complexas as redes causais que ligam a Estrutura e Processo dos serviços de atenção primária à saúde aos seus Resultados, e envolvam diversos fatores, tais como as relações de trabalho das equipes multiprofissionais, a relação com a estrutura de trabalho, a importância da gestão do sistema único de saúde, a organização do processo de trabalho, e a qualificação dos profissionais por meio da educação continuada, esses achados reiteram a necessidade de valorização dos componentes de Estrutura e Processo. Tais fatos refletem na qualidade para uma avaliação do serviço bem como na gestão dos serviços de saúde, além da sua relação para o alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população com qualidade.

Tabela 1 – Descrição dos materiais necessários para a realização dos procedimentos.

| <b>Procedimentos</b>           | <b>Materiais (Equipamentos, Instrumentais e Insumos)</b>  |
|--------------------------------|---|
| <b>RAP</b>                     | Sonda periodontal, gazes, ultrassom ou curetas com pedra de afiar   |
| <b>Restauração de resina</b>   | Fotopolimerizador, aplicadores de/e hidróxido de cálcio, brocas diversas, escavadores de dentina, espátulas de inserção de resina, ácido e sistema adesivo, micro pincéis odontológicos, papéis articulares, resinas fotopolimerizáveis, roletes de algodão |
| <b>Restauração de amálgama</b> | Aplicadores de/e hidróxido de cálcio, brunidores e condensadores de amálgama, brocas diversas, escavadores de dentina, porta amálgama, papel articular, roletes de algodão, amálgama em cápsula com amalgamador ou conjunto de amálgama de preparo manual   |
| <b>Pulpectomia</b>             | Brocas diversas, escavadores de dentina, limas endodônticas ou extirpas nervos, seringas para irrigação, medicações intracanal, materiais restauradores provisório, roletes de algodão  |
| <b>Exodontia simples</b>       | Alveolótomo, cabo e lâmina para bisturi, alavancas, curetas cirúrgicas, fórceps infantil e adulto, limas ósseas, porta agulha, sindesmótomo, tesoura cirúrgica, fio de sutura odontológico, gazes, seringa descartável para irrigação                       |



Figura 1 – Descrição do desfecho para a qualidade máxima esperada nas ESB do Brasil.

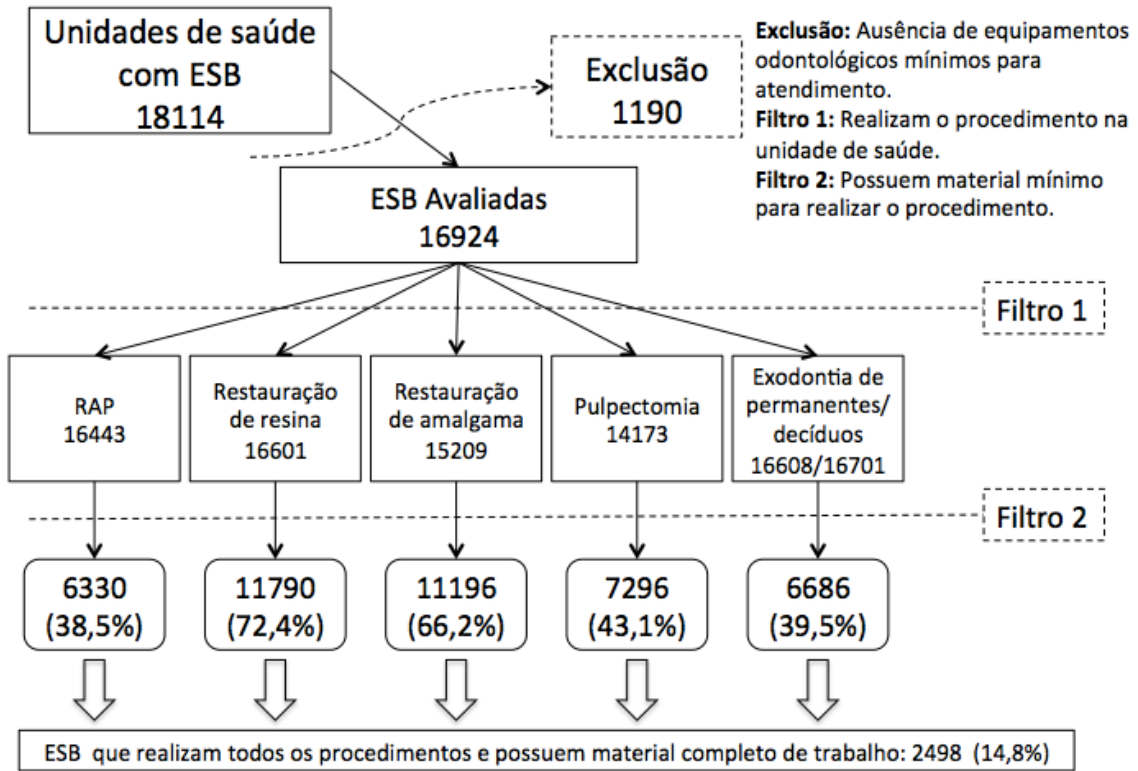


Tabela 2 – Descrição dos equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos presentes nas unidades básicas de saúde.

| Variável                             | Sim (%)      | Não (%)      |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Equipamentos</b>                  |              |              |
| Amalgamador                          | 15181 (89,7) | 1743 (10,3)  |
| Fotopolimerizador                    | 16471 (97,3) | 453 (2,7)    |
| Sugador odontológico                 | 16777 (99,1) | 147 (0,9)    |
| Ultrassom odontológico               | 5609 (33,1)  | 11315 (66,9) |
| <b>Instrumental</b>                  |              |              |
| Alavancas                            | 16765 (99,1) | 159 (0,9)    |
| Alveolótomo                          | 14029 (82,9) | 2895 (17,1)  |
| Aplicador de hidróxido de cálcio     | 16375 (96,8) | 549 (3,2)    |
| Brunidor de amálgama                 | 16107 (95,2) | 817 (4,8)    |
| Cabo para bisturi                    | 15516 (91,7) | 1408 (8,3)   |
| Cânula para aspiração endodôntica    | 47259 (27,9) | 12199 (72,1) |
| Condensadores de amálgama            | 15734 (93,0) | 1190 (7,0)   |
| Curetas cirúrgicas                   | 14927 (88,2) | 1997 (11,8)  |
| Curetas periodontais                 | 15761 (93,1) | 1163 (6,9)   |
| Escavadores de dentina               | 16244 (96,0) | 680 (4,0)    |
| Esculpidores                         | 15491 (91,5) | 1433 (8,5)   |
| Espátula de inserção de resina       | 15654 (92,5) | 1270 (7,5)   |
| Extirpa-nervos ou limas endodônticas | 10291 (60,8) | 6633 (39,2)  |
| Fórceps infantil e adulto            | 16750 (99,0) | 174 (1,0)    |
| Limas ósseas                         | 11741 (69,4) | 5183 (30,6)  |
| Pedras de afiar curetas periodontais | 8568 (50,6)  | 8356 (49,4)  |
| Porta agulha                         | 16516 (97,6) | 408 (2,4)    |
| Porta amálgama                       | 15659 (92,5) | 1265 (7,5)   |
| Seringas Carpule                     | 16796 (99,2) | 128 (0,8)    |
| Sindesmótomos                        | 15292 (90,4) | 1632 (9,6)   |
| Sondas milimetradas                  | 8580 (50,7)  | 8344 (49,3)  |
| Sugadores cirúrgico                  | 5958 (35,2)  | 10966 (64,8) |
| Tesouras cirúrgica                   | 15964 (94,3) | 960 (5,7)    |
| Trio odontológico*                   | 16275 (96,2) | 649 (3,8)    |
| <b>Insumos</b>                       |              |              |
| Ácido e sistema adesivo              | 16506 (97,5) | 418 (2,5)    |
| Amálgama (cápsula)                   | 11541 (68,2) | 5383 (31,8)  |
| Amálgama (preparo manual)            | 4387 (25,9)  | 12537 (74,1) |
| Anestésicos                          | 16709 (98,7) | 215 (1,3)    |
| Brocas diversas                      | 16708 (98,7) | 216 (1,3)    |
| EPI**                                | 16666 (98,5) | 258 (1,5)    |
| Fios de sutura odontológica          | 16583 (98,0) | 341 (2,0)    |
| Gazes                                | 16672 (98,5) | 252 (1,5)    |
| Lâminas de bisturi                   | 15662 (92,5) | 1262 (7,5)   |
| Materiais restauradores temporário   | 16460 (97,3) | 464 (2,7)    |
| Medicações intracanal                | 12788 (75,6) | 4136 (24,4)  |
| Micro pincéis odontológicos          | 15857 (93,7) | 1067 (6,3)   |
| Papéis articulares (papel carbono)   | 15581 (92,1) | 1343 (7,9)   |
| Resinas fotopolimerizáveis           | 16648 (98,4) | 276 (1,6)    |
| Roletes de algodão                   | 16518 (97,6) | 406 (2,4)    |
| Seringas descartáveis para irrigação | 13136 (77,6) | 3788 (22,4)  |

\*Odontoscópio, sonda exploradora e pinça de algodão

\*\*Equipamentos de Proteção Individual: Luvas, óculos, máscaras, aventais e toucas

Tabela 3 – Análises brutas e ajustadas por meio da Regressão de Poisson (RP=Razão de prevalência) entre a qualidade máxima esperada nas ESB e fatores associados.

|   |  | <b>Análise Bruta</b> |               | <b>Análise Ajustada</b> |               |
|---|--|----------------------|---------------|-------------------------|---------------|
|   |  | <b>RP</b>            | <b>IC 95%</b> | <b>RP</b>               | <b>IC 95%</b> |
| <b>Modalidade de Equipe de Saúde Bucal</b>                    | Equipe de Saúde Bucal modalidade I             | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Equipe de Saúde Bucal modalidade II            | 1,29                 | 1,26-1,32     | 1,16                    | 1,14-1,19     |
|   | Equipe de Saúde Bucal parametrizada            | 1,10                 | 1,03-1,18     | 1,11                    | 1,03-1,19     |
| <b>Turnos de Atendimento</b>                                  | 1 Turno  | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | 2 Turno  | 1,34                 | 1,28-1,40     | 1,34                    | 1,27-1,42     |
|   | 3 Turno  | 1,89                 | 1,80-1,99     | 1,63                    | 1,54-1,74     |
| <b>Dias de Atendimento</b>                                    | 1-4 dias                                       | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | 5 dias   | 0,90                 | 0,86-0,93     | 1,13                    | 1,07-1,19     |
|   | 6 dias   | 1,01                 | 0,83-1,22     | 1,25                    | 1,04-1,50     |
| <b>Análise de Situação de Saúde</b>                           | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Sim  | 1,32                 | 1,28-1,35     | 1,14                    | 1,11-1,17     |
| <b>Monitoramento e Análise dos Indicadores de Saúde Bucal</b> | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Sim  | 1,28                 | 1,26-1,31     | 1,12                    | 1,10-1,15     |
| <b>Atividade de Planejamento e Programação das Ações</b>      | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Sim, juntamente com a equipe de atenção básica | 1,05                 | 1,01-1,08     | 0,98                    | 0,95-1,01     |
|   | Sim, somente com a equipe de saúde bucal       | 1,15                 | 1,12-1,19     | 1,03                    | 1,01-1,06     |
| <b>Vínculo Empregatício</b>                                   | Contrato temporário                            | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Servidor público estatutário                   | 1,16                 | 1,14-1,19     | 1,09                    | 1,06-1,12     |
|   | Cargo comissionado                             | 1,08                 | 1,00-1,16     | 1,05                    | 0,98-1,13     |
|   | Autônomo ou outro                              | 0,98                 | 0,90-1,08     | 0,99                    | 0,91-1,08     |
|   | Empregado público CLT*                         | 1,36                 | 1,32-1,41     | 1,27                    | 1,23-1,32     |
| <b>Plano de Carreira</b>                                      | Contrato CLT*                                  | 1,30                 | 1,26-1,34     | 1,16                    | 1,13-1,20     |
|   | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
| <b>Pós-Graduação em Saúde Pública</b>                         | Sim  | 1,22                 | 1,19-1,24     | 1,10                    | 1,08-1,13     |
|   | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
| <b>Educação Permanente</b>                                    | Sim  | 1,18                 | 1,16-1,20     | 1,07                    | 1,05-1,09     |
|   | Não  | 1                    | -             | 1                       | -             |
|   | Sim  | 1,41                 | 1,37-1,45     | 1,23                    | 1,19-1,27     |

Tabela 4 – Análises ajustadas da Regressão de Poisson (RP=Razão de prevalência) por procedimento e fatores associados

|   |  | RAP  |           | Resina |           | Amálgama |           | Pulpectomia |           | Exodontia simples |           |
|---|--|------|-----------|--------|-----------|----------|-----------|-------------|-----------|-------------------|-----------|
|   |  | RP   | IC 95%    | RP     | IC 95%    | RP       | IC 95%    | RP          | IC 95%    | RP                | IC 95%    |
| <b>Modalidade de Equipe de Saúde Bucal</b>                    | Equipe de Saúde Bucal modalidade I             | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Equipe de Saúde Bucal modalidade II            | 1,34 | 1,28-1,40 | 1,02   | 0,99-1,05 | 1,03     | 1,00-1,06 | 1,29        | 1,24-1,34 | 1,00              | 0,99-1,01 |
|   | Equipe de Saúde Bucal parametrizada            | 1,30 | 1,15-1,47 | 0,99   | 0,92-1,08 | 1,01     | 0,92-1,10 | 1,23        | 1,10-1,38 | 0,98              | 0,96-1,00 |
| <b>Turnos de Atendimento</b>                                  | 1 Turno  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | 2 Turno  | 1,65 | 1,45-1,87 | 1,15   | 1,09-1,22 | 1,24     | 1,16-1,33 | 1,74        | 1,56-1,94 | 1,01              | 0,99-1,02 |
|   | 3 Turno  | 2,44 | 2,14-2,80 | 1,22   | 1,13-1,31 | 1,30     | 1,20-1,41 | 2,35        | 2,09-2,64 | 1,02              | 1,00-1,03 |
| <b>Dias de Atendimento</b>                                    | 1-4 dias                                       | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | 5 dias   | 1,07 | 0,97-1,20 | 1,11   | 1,04-1,17 | 1,09     | 1,02-1,16 | 1,19        | 1,09-1,30 | 1,00              | 0,99-1,02 |
|   | 6 dias   | 1,55 | 1,10-2,20 | 0,78   | 0,57-1,07 | 0,90     | 0,66-1,22 | 2,26        | 1,80-2,84 | 1,00              | 0,95-1,05 |
| <b>Análise de Situação de Saúde</b>                           | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim  | 1,20 | 1,13-1,27 | 1,10   | 1,07-1,13 | 1,11     | 1,07-1,14 | 1,18        | 1,13-1,13 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Monitoramento e Análise dos Indicadores de Saúde Bucal</b> | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim  | 1,22 | 1,15-1,28 | 1,06   | 1,03-1,09 | 1,11     | 1,08-1,14 | 1,12        | 1,08-1,17 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Atividade de Planejamento e Programação das Ações</b>      | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim, juntamente com a equipe de atenção básica | 1,06 | 1,00-1,13 | 1,04   | 1,01-1,07 | 1,07     | 1,04-1,11 | 0,96        | 0,92-1,01 | 1,01              | 0,99-1,01 |
|   | Sim, somente com a equipe de saúde bucal       | 1,00 | 0,93-1,07 | 1,01   | 0,97-1,05 | 1,00     | 0,96-1,04 | 0,92        | 0,86-0,97 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Vínculo Empregatício</b>                                   | Contrato temporário                            | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Servidor público estatutário                   | 1,01 | 1,04-1,16 | 1,02   | 0,99-1,04 | 1,10     | 1,07-1,13 | 1,17        | 1,11-1,22 | 0,99              | 0,99-1,00 |
|   | Cargo comissionado                             | 1,08 | 0,93-1,25 | 1,00   | 0,93-1,08 | 1,04     | 0,96-1,13 | 1,12        | 0,99-1,28 | 1,01              | 0,99-1,02 |
|   | Autônomo ou outro                              | 0,92 | 0,75-1,14 | 1,03   | 0,94-1,12 | 0,96     | 0,86-1,07 | 1,09        | 0,93-1,29 | 0,99              | 0,98-1,02 |
|   | Empregado público CLT                          | 1,37 | 1,27-1,47 | 1,15   | 1,11-1,20 | 1,16     | 1,12-1,21 | 1,50        | 1,41-1,60 | 0,99              | 0,99-1,09 |
|   | Contrato CLT                                   | 1,25 | 1,17-1,33 | 1,02   | 0,98-1,04 | 1,10     | 1,06-1,15 | 1,46        | 1,39-1,54 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Plano de Carreira</b>                                      | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim  | 1,28 | 1,22-1,34 | 1,00   | 0,97-1,03 | 0,91     | 0,96-1,02 | 1,22        | 1,18-1,27 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Pós-Graduação em Saúde Pública</b>                         | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim  | 1,19 | 1,14-1,24 | 0,99   | 0,97-1,02 | 1,03     | 1,00-1,05 | 1,11        | 1,08-1,15 | 1,00              | 0,99-1,01 |
| <b>Educação Permanente</b>                                    | Não  | 1    | -         | 1      | -         | 1        | -         | 1           | -         | 1                 | -         |
|   | Sim  | 1,36 | 1,27-1,46 | 1,10   | 1,06-1,13 | 1,14     | 1,10-1,18 | 1,44        | 1,35-1,53 | 1,01              | 1,01-1,02 |

## REFERÊNCIAS

1. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal- “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):239-248.
2. Araújo M, Rocha P. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455–64.
3. Baumel D, Carneiro M, Gabardo L, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS*. 2009;12(2):168–75.
4. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):555–60.
5. Brasil. Centro de Vigilância Sanitária. Resolução SS-15, de 18-1-99. 1999; 15p.
6. Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004;16p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009;63p.
8. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014;38(N. Especial):124–39.
9. Cunha M, Lino P, Santos T, Vasconcelos M, Lucas S, Abreu M. A 15-Year time-series study of tooth extraction in Brazil. *Medicine*. 2015;94(47):1-7.
10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explor. Qual. Assess. Monit. Ann Harbor: Health Administration Press; 1980.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
12. Gigante EC, Guimarães JP. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. *Cad. Saúde e Desenvol*. 2013;3(2):67–77.
13. Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 128p.
14. Lúcia A, Ferreira S, Andrade SR De. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Cien. Saude Colet*. 2014;19(1):205–14.
15. Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335–42.

16. Moimaz ASS, Rovida TAS, Silva MM, Silva MR, Gardin CAS. Work conditions and occupational health of dentists in Brazilian Public Health System. *Med Segur Trab.* 2014;60(234):44–52.
17. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2010;10(suppl1):69–81.
18. Padula MGC, Aguilar-da-Silva RH. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. *Rev. Odontol. da UNESP.* 2014;43(1):52–60.
19. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad.saúde pública.* 2012;28(suppl):146–57.
20. Rolander B, Jonker D, Winkel J, Sandsjö L, Balogh I, Svensson E, et al. Working conditions, health and productivity among dentists in Swedish public dental care--a prospective study during a 5-year period of rationalisation. *Ergonomics.* 2013;56(9):1376–86.
21. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saude Publica.* 2001;17(1):131–9.
22. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saude Publica.* 2002;18(6):1561–9.
23. Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. 111p.

## 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS



Avaliar a integralidade no cuidado em saúde, e refletir sobre a incorporação desse princípio ao campo da avaliação dos serviços de saúde, implica incluir a qualidade e seu caráter multidimensional, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas. Por meio do objetivo de avaliar as principais ações curativas realizadas pelo cirurgião-dentista, associada a questões de estrutura das unidades básicas de saúde, e assim definir um padrão de qualidade, foi possível apontar uma fragilidade na assistência dos serviços curativos de saúde bucal do Brasil. Desde a falta de equipamentos básicos para o funcionamento de um consultório, bem como de insumos e instrumentais básicos, muitas vezes de valor irrisório, mas indispensáveis para a qualidade na realização de procedimentos, compromete um bom trabalho dos cirurgiões-dentistas nos serviços de saúde pública.

Apesar disso, os resultados evidenciam características para nortear a gestão do SUS, para o fortalecimento das ações de saúde bucal, por meio de atos de gestão focados nas unidades e equipes de atenção primária e nos profissionais de saúde do SUS. Para as unidades de saúde, os melhores resultados apareceram nas ESB com maior número de profissionais, que apresentaram maior carga horária de trabalho, e que realizavam análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores de saúde bucal, além do planejamento das ações de saúde bucal de forma multiprofissional. Quanto ao cirurgião-dentista, a maior qualidade foi constatada nos que apresentaram melhores vínculos empregatícios, os que possuíam plano de carreira, pós-graduação em saúde pública e realizavam educação permanente.

Este foi o primeiro estudo de avaliação da qualidade associando os componentes de Estrutura e Processo na odontologia que, por meio do PMAQ-AB, está possibilitando um processo contínuo de avaliação e se tornando uma estratégia permanente para tomada de decisão para melhoria da qualidade das ações de saúde. Assim, este estudo além de fomentar o desenvolvimento de novas investigações, os resultados tornam-se fundamentais para a adequação da gestão pública para garantia de ações de saúde bucal com qualidade.

## ANEXOS

### ANEXO A - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|  | <b>U F R G S</b><br>UNIVERSIDADE FEDERAL<br>DO RIO GRANDE DO SUL | <b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b><br>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs |  |
|---|--|---|---|

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:**

**Número:** 21904  
**Título:** Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**


ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011  
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011  
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011  
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011  
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011  
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011  
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011  
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011  
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011  
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

**Equipe Externa:**

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011  
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011  
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011  
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011  
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011  
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011  
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011  
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011  
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011  
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.**

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES

1