



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ**



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUANA SILVA SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
TIANGUÁ-CE**

**SOBRAL-CE**

**2023**

LUANA SILVA SOUSA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
TIANGUÁ-CE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Vale do Acaraú, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

SOBRAL-CE

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Sousa, Luana Silva

Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Tianguá-CE [recurso eletrônico] / Luana Silva Sousa. -- Sobral, 2023.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 132 folhas.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr. Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. mecanismos de avaliação da assistência à saúde. 2. qualidade da assistência à saúde. 3. serviços de saúde bucal. I. Título.

LUANA SILVA SOUSA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
TIANGUÁ-CE

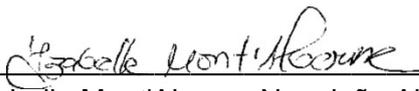
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Vale do Acaraú, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Defesa em: 28/03/2023

**Banca Examinadora:**

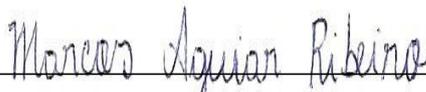


---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Presidente/Orientador

Universidade Vale do Acaraú



---

Prof. Dr. Marcos Aguiar Ribeiro

Universidade Vale do Acaraú



---

Prof. Dr. Jacques Antônio Cavalcante Maciel

Universidade Federal do Ceará

**A Deus**, em primeiro lugar, o Senhor que escreve toda minha história.

**Aos meus pais**, pelos ensinamentos e pelo incentivo aos estudos.

**Ao meu esposo**, que sempre me deu a força e ajuda necessárias para que eu desempenhasse com dedicação este trabalho.

**Ao meu filho**, que é minha maior riqueza e meu combustível diário.

Amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Primordialmente, agradeço a Deus por sua constante presença me conduzindo e me fortalecendo durante toda essa trajetória de cansaço e desafios. “Até aqui nos ajudou o Senhor” (Samuel 7:12)”

Aos meus pais, o verdadeiro significado do amor incondicional e bondoso. Sempre foram e serão eternamente a minha fonte de inspiração. Quanto orgulho tenho daqueles que me proporcionam sempre educação e que me possibilitam alcançar tantos sonhos. Amo vocês.

Ao meu amado esposo, por tanto zelo e cuidado desde o princípio. Quanta gratidão pela paciência despendida e por sempre me ouvir nos dias de angústia. Suas palavras foram conforto e segurança quando mais precisei. Amo você.

Ao meu filho Ulisses, que me mostrou o quanto sou forte diante das adversidades e que tem me ensinado sobre perseverança, paciência e otimismo. Por tantos dias eu pensei não dar conta de tanta coisa, mas você, meu filho, foi minha força e meu combustível. Como eu te amo! Você é meu coração fora do peito.

Ao meu irmão e minha cunhada, que prontamente me auxiliam e acompanham minha evolução desde sempre! Vocês são joias raras e pessoas essenciais na minha vida. Amo muito vocês!

As minhas amigas Carina, Gabriela, Alana e Carlla, que compreenderam a minha ausência e foram incentivo quando tudo parecia difícil demais! Obrigada por tanto. Meu coração é só gratidão.

Aos meus colegas de profissão, dentistas e auxiliares em saúde bucal do município de Tianguá-CE, o meu verdadeiro agradecimento pela participação. Vocês foram peças fundamentais para o desfecho dessa pesquisa.

A minha orientadora profa. Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque e ao grupo de pesquisas ObservaSUS, por todo apoio e confiança que me concederam durante esse processo de troca de saberes.

Ao professor Marcos Aguiar Ribeiro, pelo suporte e auxílio que me possibilitou a construção e finalização dessa pesquisa.

Aos professores Jacques Maciel e Cibelly Aliny que aceitaram participar da banca examinadora, agradeço pela imensa atenção e colaboração.

À toda coordenação do Programa de Pós-graduação da UVA, em nome das professoras Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Socorro Dias pela compreensão que me foi concedida durante o momento que mais precisei.

Aos meus queridos colegas de turma, em especial ao meu trio João, Francisco e Jardel, pela oportunidade de dividir experiências, aprendizado e ansiedades.

Aos meus estimados professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF / UVA, pelo incentivo de sempre e por compartilharem tanto conhecimento durante essa trajetória. Vocês são inspiração!

À equipe gestora da secretaria municipal de Tianguá-CE pela possibilidade de executar essa pesquisa na Atenção Primária do município.

À Coordenadora de Saúde Bucal do município de Tianguá- CE, Martha Hary, pelas informações concedidas e pelo apoio prestado.

A todos e todas que, nesta ocasião deixo de citar, de um modo ou de outro, tornaram possível esse trabalho.

*“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito”.*

*Aristóteles*

SOUSA, LUANA SILVA. **Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal no município de Tianguá-CE.** 2023. 131f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Vale do Acaraú. 2023.

## RESUMO

O desenvolvimento de práticas em saúde bucal pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção demanda que a avaliação e a gestão dos serviços de atenção primária valorizem os componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, visando alcançar resultados positivos no estado de saúde dos indivíduos e da população. Desta forma, objetivou-se avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal no município de Tianguá-CE, Brasil, com base no referencial teórico proposto por Avedis Donabedian, segundo o qual a avaliação em saúde está pautada na tríade: estrutura, processo e resultado. Trata-se de estudo avaliativo do tipo exploratório descritivo, com abordagem mista. A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde bucal incluídas na Estratégia Saúde da Família do município de Tianguá, CE. Utilizaram-se como instrumentos para coleta de informações: os questionários virtuais para avaliar estrutura, a entrevista semiestruturada para o processo e, para a análise dos resultados, consultaram-se nos Sistemas de Informação do SUS os indicadores de desempenho do município nos anos de 2018 a 2021. O estudo está em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e, para o tratamento dos dados qualitativos, adotou-se o método da análise de conteúdo, proposto por Bardin. Nos resultados, a avaliação da estrutura revelou que alguns equipamentos imprescindíveis no consultório, como caneta de alta rotação, aparelho de raio x odontológico, o macromodelo e a escova dental não estão presentes em algumas unidades. Para o componente processo, a análise evidenciou que a falta de estrutura própria para realização das atividades constitui o principal limitante na visão da equipe. Além disso, destacou-se a necessidade de capacitação dos profissionais que integram a equipe, especialmente dos agentes comunitários de saúde, uma vez que configuram principal elo entre o serviço e os pacientes do território. Quanto à avaliação do resultado, os indicadores “atendimentos de urgência, cobertura da primeira consulta e tratamento concluído” apresentaram queda substancial nas médias entre os anos de 2018 e 2021. Esses dados podem indicar déficit na resolubilidade dos casos e lacuna no acesso da população aos serviços odontológicos de maneira individual. Em síntese, e considerando as limitações intrínsecas de processos avaliativos, as informações levantadas nessa avaliação oferecem contribuições relevantes para tomada de decisão no âmbito da assistência e reforçam para a necessidade de aprimoramento e reformulação dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal do município estudado.

**Palavras-chave:** mecanismos de avaliação da assistência à saúde; qualidade da assistência à saúde; serviços de saúde bucal.

SOUSA, LUANA SILVA. **Evaluation of the quality of oral health care in the city of Tianguá-CE.** 2023. 131f. Dissertation (Professional Master in Family Health). Northeast Network for Training in Family Health. University of Vale do Acaraú. 2023.

## ABSTRACT

The development of oral health practices based on health surveillance through promotion, prevention, treatment and rehabilitation actions, organized at all levels of care, demands that the assessment and management of primary care services value the components of structure and its relationship with the quality of work processes in health, aiming to achieve positive results in the health status of individuals and the population. In this way, the objective was to evaluate the quality of oral health care in the city of Tianguá-CE, Brazil, with based on the proposed theoretical framework by Avedis Donabedian, second which to health assessment is based on the triad: structure, process and result. It is about an evaluative study of the descriptive exploratory type, with a mixed approach. The population of study consisted of health professionals who work in health teams oral included at Strategy Health from the Family of County in Tianguá, EC. were used as instruments for collect information: you questionnaires virtual for to assess structure, the interview half structured for O process. It is, for The analysis of the results, the indicators were consulted in the Information Systems of the SUS in performance of County us years in 2018 The 2021. O study it is in consonance with you precepts from the Resolution 466/12 of Advice National in Health. Quantitative data were statistically analyzed and, for the treatment of qualitative data, the content analysis method proposed by Bardin was adopted. Us results, The assessment from the structure revealed what some equipment essential in the office, such as high-speed pen, x-ray machine dentistry, the macro model and the toothbrush are not present in some units. For O component process, The analysis evidenced what The lack of structure for carrying out the activities constitutes the main limiting factor in the view of the team. In addition from that, He stood out The need in training of the professionals what integrate the team, especially the community health agents, since configure main link in between O service It is you patients of territory . How much The assessment of result, you indicators “calls in urgency, roof from the first consultation and completed treatment” showed a substantial drop in the averages between the years 2018 and 2021. These data may indicate a deficit in the resolution of the cases and gap in the population's access to dental services in a individual. In synthesis, It is considering to the limitations intrinsic in Law Suit evaluative, to the information raised in this assessment offer contributions relevant for outlet in decision at the scope from the assistance and reinforce the need to improve and reformulate the work processes of oral health teams of the municipality studied.

**Keywords:** health care evaluation mechanisms, quality of health care; dental health services.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais entrevistados, segundo gênero e formação com pós-graduação.....	45
Tabela 2 - Perfil dos profissionais entrevistados .....	45
Tabela 3 – Identificação das Unidades Básicas de Saúde .....	46
Tabela 4 – Estrutura física e ambiência das UBS .....	47
Tabela 5 - Características estruturais das unidades de saúde .....	48
Tabela 6 – Instrumentos odontológicos.....	51
Tabela 7 – Tratamento concluído em relação aos anos de 2018 a 2021 .....	62
Tabela 8 – atendimentos de urgência e cobertura de primeira consulta nos anos de 2018 a 2021 .....	63
Tabela 9 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado do ano de 2018 a 2021 .....	63
Tabela 10 – Análise descritiva do indicador proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado entre 2018 e 2021 .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
SB	Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
TSB	Técnico em Saúde Bucal
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
PMAQ-AB	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
EPIs	Equipamentos de Proteção Individuais
DP	Desvio Padrão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1 Aproximação com o objeto de estudo</b> .....	13
<b>1.2 Contextualização do objeto de estudo</b> .....	14
<b>1.3 Justificativa e Relevância</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>2.1 Geral</b> .....	17
<b>2.2 Específicos</b> .....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
<b>3.1 Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde</b> .....	18
<b>3.2 Serviços de Saúde Bucal na APS</b> .....	23
<b>3.3 Avaliação em Saúde</b> .....	26
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	32
<b>4.1 Referencial Teórico</b> .....	32
<b>4.2 Tipo de Estudo</b> .....	32
<b>4.3 Cenário da Pesquisa</b> .....	33
<b>4.4 Participantes da Pesquisa e Período de referência</b> .....	34
<b>4.5 Instrumentos e Procedimento da Coleta de Dados</b> .....	35
<b>4.6 Dimensões analisadas no estudo</b> .....	39
4.6.1 Identificação sociodemográfica, de formação e atuação na ESF .....	39
4.6.2 Relacionadas ao componente estrutura das Unidades Básicas de Saúde destinada ao atendimento .....	39
4.6.3 Relacionadas ao componente processo .....	40
4.6.4 Relacionadas ao componente resultados .....	40
<b>4.7 Organização e análise dos dados</b> .....	41
<b>4.8 Aspectos Éticos</b> .....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	45
<b>5.1 Características dos participantes segundo variáveis sociodemográficas</b> ..	45
<b>5.2 Componente Estrutura</b> .....	46
5.2.1 Recursos humanos .....	46
5.2.2 Estrutura física e ambiência .....	47

5.2.3 Características estruturais.....	48
<b>5.2.4 Recursos materiais e insumos.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3 Componente Processo .....</b>	<b>54</b>
5.3.1 Organização do trabalho da equipe de saúde bucal na ESF .....	55
5.3.2 Gestão do trabalho e da educação na saúde bucal da ABS.....	57
5.3.3 Acesso e territorialidade no contexto da ESF .....	59
<b>5.4 Componente Resultados .....</b>	<b>62</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>6.1 Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais.....</b>	<b>65</b>
<b>6.2 Tríade Estrutura, Processo e Resultado.....</b>	<b>66</b>
<b>6.3 Componente Estrutura .....</b>	<b>66</b>
<b>6.4 Componente Processo .....</b>	<b>68</b>
<b>6.5 Componente Resultado .....</b>	<b>69</b>
<b>7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>71</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO VIRTUAL .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE D - ITINERÁRIO .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE .....</b>	<b>128</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aproximação com o objeto de estudo

O impulso inicial para o aprofundamento na temática desta pesquisa partiu da real necessidade de entender os processos de trabalho da equipe de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a partir de acompanhamento e avaliação de ações em saúde, contribuindo para significativa melhora na qualidade das práticas de assistência à saúde.

Essa inquietude advém do anseio em conhecer como funcionam os processos de trabalho das equipes de Saúde Bucal, considerando os aspectos de insumos oferecidos e estrutura física dos consultórios, bem como as implicações desses fatores na assistência prestada dentro das Unidades de Saúde.

Ao me inserir na Estratégia Saúde da Família, em meados do ano de 2016, logo após minha formação profissional, surgiram as primeiras observações acerca do papel da equipe de saúde bucal no processo saúde-doença da comunidade. Confrontada com um modelo curativista e mutilador, fui desafiada inúmeras vezes a me reinventar dentro do meu processo de trabalho, buscando ponderar o foco preventivo do foco curativista.

Surgiram diversas provocações durante o percurso na ESF, resultado de pouca experiência no âmbito da Atenção Primária, falhas no processo formativo da graduação, dificuldades na implementação do atendimento integral ao indivíduo, bem como destaque para a gestão e demais profissionais sobre a importância do trabalho interdisciplinar e integrativo.

Sempre me questioneei sobre o reflexo que uma postura profissional contrária à promoção, recuperação e proteção poderia trazer para o atendimento ao paciente. E, apesar dos entraves encontrados durante minha inserção na ESF, buscava inserir os meus conhecimentos pautados na visão holística do paciente.

O desenvolvimento de práticas em saúde bucal pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção demanda que a avaliação e a gestão dos serviços de atenção primária valorizem os componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, visando alcançar resultados positivos no estado de saúde dos indivíduos e da população. Fazia-se necessária reformulação das práticas odontológicas no âmbito do SUS, a fim de proporcionar ao paciente

atendimento integral e continuado. Mas, qual o ponto de partida para essa ressignificação? Como poderíamos saber se a assistência prestada à comunidade de fato transformava os hábitos de saúde bucal?

Nesse íterim, buscando-se o julgamento acerca do reflexo das ações de saúde bucal na ESF, articulavam-se as práticas avaliativas no contexto da Atenção Primária. Avaliar o *modus operandi* do cirurgião-dentista e por meio disso propor melhorias para a assistência odontológica prestada configurava-se como processo desafiador, porém necessário.

No ano de 2017, recém-chegada a um novo município e com novo ambiente de trabalho, recebi a equipe do PMAQ-AB na minha unidade. Até então, não compreendia o porquê de todo aquele monitoramento, supervisão e qualificação das minhas práticas e, por dias, fiquei analisando as repercussões disso no meu processo de trabalho.

Ao final do processo avaliativo no qual minha equipe foi submetida e ponderando essas inquietações, comecei a me indagar de que forma os odontólogos do município estariam atuando dentro das equipes de saúde bucal, com isso, surgiu a seguinte questão norteadora: qual a qualidade da assistência prestada pelos cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família do município de Tianguá?

Anos depois, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - surgiu como oportunidade para pesquisar essa temática no município que trabalho, e, ao mesmo tempo, exercer a minha profissão, possibilitando angariar melhorias para os serviços odontológicos na ESF.

## **1.2 Contextualização do objeto de estudo**

A saúde bucal no contexto brasileiro passou por uma série de mudanças significativas para sua ascensão, iniciando as práticas por meio de modelos curativistas com enfoque técnico e biologicista (AMARAL JÚNIOR *et al.*, 2020). No que se refere às políticas públicas de saúde bucal, a Atenção Primária à Saúde assume a porta de entrada de acesso aos serviços de saúde para onde boa parte da população se dirige (DIOGENES, 2016).

Um novo cenário para as ações em saúde bucal ganha impulso no ano de 2000, com a inserção das equipes de saúde bucal no “Programa Saúde da Família”, por meio da Portaria 1.444/2000 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). A inclusão do cirurgião-

dentista à Equipe de Saúde da Família manifesta-se como estratégia de reorganização das práticas odontológicas no SUS, com cerne na territorialização, no controle das doenças bucais e na integração com outros níveis do sistema (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

No entanto, apenas em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que evidencia a necessidade de expandir o acesso aos cuidados de saúde bucal (BRASIL, 2004). A PNSB representou marco na modificação do foco da atenção em saúde bucal, pretendendo reorganização do modelo vigente apoiado pela adaptação dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, incluindo ações de proteção, promoção e recuperação (SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015).

A proposta trazida pela PNSB em reorientar o modelo de atenção à saúde bucal traz consigo possibilidades de ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal. A expansão das ESB demandou qualificação tanto dos aspectos estruturais quanto da atenção ofertada na assistência odontológica (BALDANI *et al.*, 2018).

Diante de tantas modificações e reestruturações, fazia-se necessária a busca de alternativa que pudesse responder aos resultados que as transformações estavam gerando e de que forma os processos de trabalho poderiam ser modificados.

Dessa forma, com o propósito de regularizar os processos avaliativos dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa emerge como parte de extensa estratégia, aspirando melhorias nos padrões de qualidade da assistência nos serviços públicos (BRASIL, 2011a).

Avaliar compreende basicamente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos respectivos componentes (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Os produtos dessas avaliações geram subsídios importantes para os gestores nas tomadas de decisão e para as equipes em planejamentos de assistência à saúde, bem como o monitoramento constante dos resultados (NICOLA; PELEGRINI, 2018).

### **1.3 Justificativa e Relevância**

Compreendendo a relevância em conhecer e avaliar a estrutura e os processos de trabalho na atuação da saúde bucal, bem com a importância da realização de

estudos avaliativos e a incipiência no Brasil em relação às ações em Saúde Bucal na esfera municipal para possibilitar processo reflexivo, tanto por parte dos profissionais envolvidos, como por parte dos gestores, este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal no município de Tianguá-CE, Brasil.

Nesse contexto, a avaliação em saúde torna-se ferramenta fundamental na implementação de princípios, como o da universalidade e equidade dos serviços de saúde, especialmente quando se realiza com a participação social no controle das ações governamentais, visto que avaliar serviços de saúde traz a possibilidade de melhoria das ações desenvolvidas, bem como permite distribuir melhor os recursos disponíveis entre as atividades em execução, ou entre as quais se pretende executar.

Assim, evidencia-se a necessidade de se aperfeiçoar os meios utilizados para avaliação da assistência prestada nos serviços da saúde bucal da Atenção Básica, favorecendo melhoria na qualidade das práticas de assistência à saúde. Além disso, os resultados encontrados subsidiam o planejamento e a definição de estratégias para organizar o processo de trabalho.

Destarte, considerando os preceitos da Política Nacional de Saúde Bucal como orientadora das ações de assistência odontológica e percebendo a importância de se conhecer e avaliar a estrutura e os processos de trabalho na atuação da saúde bucal, tem-se a relevância desta pesquisa baseada na necessidade de estudos avaliativos que possam embasar as tomadas de decisões e o planejamento de recursos da saúde bucal no município de Tianguá.

Ademais, viabiliza processo reflexivo, tanto por parte dos profissionais envolvidos, como por parte dos gestores, com intuito de reorganizar ou mesmo aprimorar as ações em Saúde Bucal desenvolvidas na Atenção Básica.

Como justificativa para execução deste estudo, tem-se, ainda, a inquietação pessoal por parte da pesquisadora, atuando na ESF há sete anos que, ao buscar experienciar o atendimento integral do indivíduo dentro da UBS, deparou-se com situações de dúvida se as ações odontológicas chegam em plenitude quantitativa e qualitativa a esses pacientes. Por esse motivo, a questão de pesquisa norteadora do estudo foi: qual a qualidade da assistência prestada pela Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família na cidade de Tianguá-CE?

A intenção deste trabalho foi, portanto, gerar contribuições não somente para reflexão que focalize práticas intervencionistas, mas para fundamentar o

aprimoramento do processo de trabalho refletido na qualidade da assistência prestada no referido município.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal, no município de Tianguá-CE, Brasil.

### **2.2 Específicos**

- Descrever a estrutura existente nas equipes da saúde bucal, a partir das condições de infraestrutura e dos insumos disponíveis;
- Verificar, dentro do processo de trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, os fatores facilitadores e restritivos para o desempenho deste;
- Identificar os resultados em relação à assistência prestada pela equipe de saúde bucal na Atenção Primária, mediante os indicadores em saúde bucal do município de Tianguá.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

Atualmente, surge a frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar atenção à saúde. Esta discussão ganha delineamento especial. Em contradição com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a receber esse nome, assim como secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como modelo defendido por diversos países desde a década de 1960 para prestar maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e tentar voltar o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorialidade e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007).

A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008). Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surgiu, em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1964).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) define

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A

Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

A consolidação da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) aconteceu na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, declarando que os cuidados primários de saúde proporcionam a todos os povos nível de saúde que lhes permitirá qualidade de vida social e econômica mais favorável, no entanto, os problemas de saúde devem ser percebidos e, através disso, promovidos serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2002).

Ao longo dos anos, a PNAB passou por diversas modificações, almejando consolidar APS forte e centralizada. No ano de 2011, houve a primeira revisão da política que trouxe inovações importantes para reordenação do modelo, com ações voltadas para ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da Atenção Básica (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Em 2017, foi aprovada nova revisão da PNAB, esta edição trouxe consigo elementos existentes nas demais edições e altera outros, visando ampliação da cobertura da Atenção Básica no Brasil. Conforme texto trazido na Política Nacional da Atenção Básica, a Atenção Básica (AB) possui o desafio de desconstruir ideias reducionistas que criam a separação da assistência e promoção da saúde, afirmando que a saúde possui diversos fatores desencadeantes do processo saúde-doença e o cuidado com as condições de vida das pessoas perpassa diversos fatores, os quais podem ser envolvidos pela AB (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária, como ordenadora do cuidado e da rede de atenção, possui como primordial ferramenta a ESF, trazendo consigo os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, representando o primeiro acesso do indivíduo ao sistema, com enfoque na família e comunidade (ARRAIS, 2019).

Para Starfield (2002, p. 28)

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções primordiais: resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; comunicação: organiza os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde; responsabilização: responsabiliza-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2015, p. 39).

Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

- A acessibilidade pode ser analisada pela disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:
- A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.
- A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
- A aceitabilidade está associada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários no tocante aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

A Atenção Básica – e de maneira especial, a ESF, para consecução, necessita de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, no tocante à organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM *et al.*, 2011). O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a

resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Logo, a ação, na Atenção Básica, é a principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo a integralidade (BRASIL, 2011).

Em outras palavras,

As ações de Atenção Básica em Saúde devem ser desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, educativas e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A organização dos sistemas e dos serviços locais de saúde para o desenvolvimento das práticas de saúde inicia-se, portanto, com a definição territorial (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

As atividades que se relacionam de forma indireta a tais objetivos, mas oferecem suporte ao eixo primário de atuação, são denominadas atividades de apoio, abrigando infraestrutura e instrumentos de organização e gestão, incluindo gestão de informações, do conhecimento, de pessoas, materiais e resultados (SHIGUNOV NETO; TEIXEIRA; CAMPOS, 2005).

Logo, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS ocorreu de forma paralela à organização dos demais serviços de saúde. Apesar de experiências locais exitosas de inserção da saúde bucal na APS terem ocorrido desde 1995, a inclusão dessa equipe na ESF, em âmbito nacional, ocorreu apenas em 2000 (SILVA; MOLARI, 2019). E, em 2004, foram publicadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intituladas Programa Brasil Sorridente, que reforçam a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis do SUS e a readequação do trabalho, por meio de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e definição de padrões para orientar o trabalho (BRASIL, 2004).

Em avaliação, evidenciam-se também o contexto histórico e os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil que revelaram desvantagens, na medida em que não responderam, em níveis significativos, aos problemas de saúde da população, e inaplicabilidade, uma vez que possuíam alto custo de execução e baixíssimo rendimento, apesar do grande desenvolvimento científico e tecnológico da Odontologia nos últimos anos (MATTOS *et al.*, 2014).

Para reordenar o modelo de atenção à saúde bucal, alinhando-o ao

preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente (BRASIL, 2004) instituiu diretrizes programáticas, com objetivo de ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades das pessoas (SCHERER, 2015). A PNSB representa uma das políticas públicas odontológicas mais abrangentes, contudo, estudos epidemiológicos não revelaram de forma tão clara as relações entre a repercussão da ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no acesso aos serviços odontológicos. Evidências indicam que a expansão do número de ESB, isoladamente, podem não proporcionar aumento no uso ou na qualidade dos serviços (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

A área da saúde bucal no Brasil, como parte integrante da atenção primária à saúde e das ações de vigilância em saúde, depara-se com desafios importantes para responder com efetividade às situações e problemáticas que exigem enfrentamento cotidiano. Os desafios, de natureza teórico-metodológica, prática e avaliativa manifestam-se tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica (tão necessária à maioria dos brasileiros), como na formulação de políticas intersetoriais sustentáveis, de natureza mais abrangente e que possam impactar positivamente nos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal (MOYSÉS, 2008).

No cenário brasileiro, a organização dos cuidados primários à saúde foi se desenvolvendo principalmente com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), no início da década de 1990, que em 2006, se transformaria na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com a implementação desses programas, percebeu-se a necessidade da elaboração de uma política que estabelecesse diretrizes e agrupasse as particularidades do novo modelo. Criou-se, então, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006 (BRASIL, 2006; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Observa-se, nos últimos anos, maior empenho para promover, de forma mais efetiva, a integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para promoção e vigilância em saúde, atuação sobre determinantes sociais do processo saúde doença, prevenção de riscos e doenças, e a consequente incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Entretanto, boa parte das práticas anunciadas como de “promoção da saúde”,

sobretudo no nível da atenção primária, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares. (MORETTI *et al.*, 2010). Algumas dessas intervenções sabidamente apresentam problemas na operacionalização e força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconscientes (SANTOS; NADANOVSKY; OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, considerando a margem histórica, existem muitos motivos que podem ser apontados como principais estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF: a questão dos incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores de que esse novo modelo pode melhorar a saúde bucal da população; a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde; e a forma de intervenção e recursos para viabilizar (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Embora, seja visível que com o surgimento da Estratégia Saúde da Família, a odontologia se viu imersa em um contexto de mudança de paradigma, em uma ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os problemas bucais, além de reorganizar as formas de atenção ao usuário (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

### **3.2 Serviços de Saúde Bucal na APS**

Entende-se que a integralidade, como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a unir as ações direcionadas à concretização da saúde como direito e serviço, possibilitando dimensão da oferta de ações capaz de responder às necessidades de saúde de determinada população (PUCCA JÚNIOR, 2013).

A Política Nacional de Saúde Bucal norteia as ações de saúde odontológica na perspectiva da busca da integralidade da atenção, devendo estar voltadas para amplificação e capacitação da atenção primária, de modo a garantir o acesso em todos os níveis etários e a oferta dos mais diversos serviços, possibilitando atendimento nos três os níveis de atenção: primário, secundário e terciário (BRASIL, 2004).

De acordo com Anjos *et al.* (2011), nesse contexto nacional em que se encontra o processo de ampliação das redes de atenção em saúde bucal, os brasileiros

estão mais próximos das ações de assistência à saúde bucal, havendo, de certa forma, assistência e equipes preparadas, como também mais informações sobre os cuidados e as preocupações com a saúde bucal. Diante da ampliação da ESF, a ESB vem mostrando-se como potente instrumento disseminador de informações sobre cuidados com a saúde; porém, esse fato, ao mesmo tempo que está associado a potencialidades, avanços e resolutividades, enfrenta também dificuldades e desafios. Os obstáculos, por sua vez, comprometem os serviços prestados para a população.

Segundo as diretrizes da PNSB, as ações e os serviços odontológicos devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população para, assim, construir uma prática efetivamente resolutiva (BRASIL, 2004). Desta forma, os serviços odontológicos curativos instituídos e prestados no âmbito da atenção primária à saúde devem se ocupar das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude da prevalência e gravidade são: a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer de boca, os traumatismos dentários, a fluorose dentária, o edentulismo e a maloclusão (BRASIL, 2008).

Os serviços públicos em odontologia no Brasil apresentam-se centrados quase exclusivamente em ações primárias, com elevada demanda reprimida. Dados apontam que, em 2004, no âmbito do SUS, a assistência odontológica especializada representava apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A baixa oferta da assistência odontológica em níveis de atenção mais complexos compromete a consolidação de um sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal com integração dos sistemas regionais em rede de saúde. O desenvolvimento da assistência odontológica em atenção secundária não cresceu proporcionalmente à expansão das ações e dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2004).

Por muitos anos, a Odontologia no Brasil prestava atendimentos prioritariamente curativistas e mutiladores, fazendo com que boa parcela da população fosse excluída, o que originou baixa cobertura de atendimentos. A partir do nascimento do SUS e dos respectivos princípios norteadores, a saúde bucal também passou a ser direito de todos, por fazer parte da saúde geral do indivíduo (SILVA; MOLARI, 2019).

A Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD), concluída em 1998, revelou que uma fração da população brasileira não tinha acesso aos serviços

odontológicos, representando porcentagem de, aproximadamente, 18,7% das pessoas sem alcance de tratamento odontológico (ANJOS *et al.*, 2011).

O desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em consolidar a assistência secundária à saúde em odontologia, de forma a estabelecer a integralidade no sistema como um todo, o que torna necessária a criação de redes de atenção com articulação entre os níveis de atenção por onde as informações e os usuários trafegam livremente, sem barreiras. Os impasses encontrados para realização desse fluxo é o que dificulta a implantação da integralidade. Encontrar soluções para esses impasses pode melhorar o acesso e promover a resolução das necessidades em saúde bucal (VAZQUEZ *et al.*, 2014).

Para o bom funcionamento da rede de saúde, é necessária elevada capacidade de resposta por parte da APS, o que determina a identificação de situações que necessitam de atendimento especializado e a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade. Desta forma, a articulação entre as unidades de diferentes complexidades deve assegurar não somente o acesso, como também a continuidade do cuidado, de forma que haja a contrarreferência aos serviços de origem. Isso implica fluxo adequado de informações entre as unidades que constituem o sistema, não se limitando às fronteiras geográficas de estados e municípios (GONDIM, 2011).

Sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária, considerando o cenário mundial, o Cirurgião-Dentista (CD) atua predominantemente no setor privado. No Brasil, a inserção desse profissional no serviço público foi reforçada desde o ano 2000, com as chamadas Equipes de Saúde Bucal (EqSB) na ESF (BRASIL, 2000). Essa estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contribuem para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Ao ponderar o processo histórico da saúde bucal no Brasil, marcada pela deficiente assistência odontológica pública, causando superlotação dos postos de atendimento odontológico e grande limitação do acesso da população aos serviços prestados, fazia-se necessária a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal, a qual foi editada e vem sendo incentivada pelo Governo Federal desde o final de 2003, com a intitulação: Programa Brasil Sorridente (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004). Esta política apresenta diretrizes que apontam para ampliação e qualificação do

atendimento em saúde bucal na atenção básica, por meio da realização de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias (BRASIL,2008).

Apesar das melhorias advindas do processo de ampliação e reorganização da atenção primária em saúde bucal no Brasil, esse cenário ainda não foi capaz de reverter os problemas no acesso e na utilização dos serviços, por muitas vezes, persistindo o caráter curativo e mutilador da assistência odontológica (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). Arrais, Roncalli e Rosendo (2021) afirmam que a atenção à saúde bucal no Brasil carrega características marcantes de baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência e limitações de procedimentos coletivos e preventivos individuais.

Nesse sentido, há um movimento internacional no qual a melhoria da qualidade dos serviços tem sido destacada como fundamental. Assim, os cuidados de saúde de alta qualidade são os cuidados certos, de forma coordenada, que respondam às necessidades e preferências dos usuários do serviço, minimizando danos e desperdício de recursos (OMS, 2018).

Por fim, é importante lembrar da questão social, grande parte da população não procura por saúde bucal em campos públicos, sendo demanda culturalmente particular, embora tenha crescido o trabalho e a assistência em saúde bucal na rede pública, ainda há essa cultura padronizada.

### **3.3 Avaliação em Saúde**

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro, com consequências para a saúde da população, em especial, a saúde bucal (BOING *et al.*, 2014). A determinação social da saúde tem sido amplamente demonstrada por estudos conduzidos nos mais diferentes países, independentemente da natureza, abrangência e eficiência dos respectivos sistemas de saúde (BAMBRA *et al.*, 2010). Indivíduos nos piores estratos socioeconômicos apresentam menores chances de utilizar serviços de saúde e são mais propensos a possuírem necessidades de saúde não supridas (ALLIN; STABILE, 2012). Além disso, o gradiente social é ampliado quando esses indivíduos são cobertos por serviços de saúde que não estão adequadamente organizados para suprir essas necessidades (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As políticas de saúde do Brasil foram constantemente debatidas, posto que os modelos de prática em saúde deveriam convergir na direção de que estes pudessem corresponder verdadeiramente aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao se considerar a trajetória histórico destas políticas, muitos avanços na direção da democracia e do direito à saúde foram conquistados e fortalecidos, especialmente pela práxis em saúde que buscassem estabelecer o sujeito, o processo saúde-doença e o componente social destes processos como protagonistas na organização do sistema de saúde no país. O modo de constituição do SUS foi caracterizado pela elaboração de instrumentos que pretendesse fundamentar racionalmente as maneiras de financiamento e gestão de estados e municípios, a fim de que se chegasse a uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios (descentralização), enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Profissionais com formação voltada para o SUS tendem a conhecê-lo melhor, assim como as políticas de saúde, adquirindo postura de atuação compromissada com as necessidades deste, importante para o efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; GUIZARD *et al.*, 2006). São capazes de prestar atenção integral mais humanizada, de trabalhar em equipe, de compreender melhor a realidade em que vive a população, rompendo com o modelo flexneriano de formação que privilegia a abordagem individual e curativa, é pautado nas especialidades, fragmentado, incapaz de transcender o espaço do consultório e propor diagnóstico sobre o coletivo e as intervenções (GARBIN *et al.*, 2006).

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), pautado na teoria marxista, o processo de trabalho em saúde diz respeito ao cotidiano dos profissionais e deve ser analisado com relação aos seguintes componentes: objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes. As necessidades de saúde constituem o objeto de trabalho, sobre o qual incide a ação do trabalhador (agente). Os instrumentos não materiais são as ferramentas de natureza intelectual que permitem a apreensão do objeto de trabalho. A finalidade do trabalho em saúde, por sua vez, está em uma atenção integral e de qualidade, capaz de atender às necessidades e expectativas dos usuários. Finalmente, a presença atuante do agente torna possível o processo de trabalho, qual seja, a ação dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade (PEDUZZI, 2000).

A formação do Cirurgião-Dentista (CD) em Saúde da Família, assim como outros profissionais da Atenção Básica, deve estar pautada na capacidade de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações que respondam às necessidades da comunidade (L'ABBATE, 1999), para além do paradigma curativo e pontual. Além disso, conforme a PNSB, os profissionais da Saúde Bucal devem: atuar interdisciplinar e multidisciplinarmente, não se limitando ao campo biológico ou técnico-odontológico, mas interagindo com profissionais de outras áreas; assegurar integralidade de atenção em SB, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiando o planejamento das ações; centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença; e ampliar e qualificar a assistência prestada, considerando acesso, acolhimento, vínculo, ética e responsabilidade profissional (BRASIL, 2004). Ter formação profissional adequada para trabalhar na AB é, portanto, fundamental para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes com os usuários, proporcionando melhora na qualidade da assistência prestada (L'ABBATE, 1999).

O tecnicismo e a subordinação pelos equipamentos e instrumentais, como tratados por Merhy (1992), revelam-se imperantes na prática odontológica, visto que este é o *modus operandi* do profissional da área atrelado à resposta terapêutica da práxis: tratar a lesão dentária, em uma visão restrita dos problemas de saúde do indivíduo (BOTAZZO; PIRES, 2015). Acerca desta compreensão histórica do objeto de trabalho da odontologia, Botazzo (2000 apud BOTAZZO; PIRES, 2015, pág. 275) “também o situa e o contextualiza no surgimento ou nascimento da Odontologia e, assertivamente, expõe que a profissão Odontologia separada da Medicina surgiu no final do século XIX com a promessa política de restringir-se às operações sobre os dentes.”

Neste íterim, diversas decisões voltadas para avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma gradual, com objetivo de incorporar a avaliação à prática de gestão e articulá-la com os processos de programação. Em se tratando da avaliação da atenção em saúde bucal, os estudos encontrados na literatura são escassos, além disso, há grande diversidade metodológica na abordagem do tema, o que dificulta a classificação desses trabalhos (COLUSSI; CALVO, 2015).

Sugestão de definição de avaliação descreve-a como a aplicação de uma ideia de valor a uma intervenção, por meio de um mecanismo que fornece informações científicas verdadeiras, fazendo com que os envolvidos possam tomar assim posições e decisões. Estabelece-se, então, que os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas infere-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram os arranjos estruturais adotados pelo governo brasileiro, a partir de meados dos anos 1990, para reorientar o modelo de atenção à saúde, por meio de práticas de saúde multiprofissionais. Desta forma, foi possível organizar e expandir a rede de serviços e de ações básicas de saúde no nível municipal (GIL, 2006). Ressalta-se, ainda, a inclusão da saúde bucal na configuração do Programa, descaracterizando as práticas odontológicas marcadas pela prestação de serviços no setor privado. Diante da constante necessidade de aprimoramento do acesso aos serviços, os estudos indicam que os processos avaliativos se apresentam como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes (CASOTTI *et al.*, 2014).

As práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Os recortes possíveis são inúmeros. Paim (1993), por exemplo, situou os distritos sanitários em relação às seguintes formas e aos níveis de organização dos serviços de saúde: a) ações de saúde; b) serviços de saúde; c) estabelecimentos de saúde; d) distrito sanitário; e) instituições de saúde; f) sistema de saúde; g) sistema político; h) sistema econômico e social. Já Donabedian (1980), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado, distingue quatro níveis de organização dos provedores do cuidado médico: a) profissional individual; b) diversos profissionais; c) equipe organizada; d) plano, instituição e sistema.

O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar de que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em momento posterior, de gerir a forma de conduzir a vida deste e da família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

Em artigo publicado em 1978, Donabedian destaca que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Donabedian (1980), que desenvolveu discussão sistemática sobre a questão, em um dos artigos por ele desenvolvido, expressava dúvidas acerca da natureza da noção de qualidade, ou seja, apesar de afirmar ser a qualidade uma propriedade do cuidado médico, considerava não estar claro se ela era um atributo único, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um conjunto heterogêneo de fenômenos reunidos pelo uso, razões administrativas ou preferências pessoais. Para este autor, a busca de uma definição para a qualidade deveria se iniciar a partir das dimensões do cuidado médico: a técnico-científica, a relação interpessoal e as "amenidades" (conforto e estética das instalações e equipamentos).

Apesar de identificar três possíveis definições para a qualidade, a depender do contexto absolutista, individualizada e social, questionavam-se alguns dos componentes da definição social da qualidade, como o acesso e a continuidade, não seriam, na realidade, instrumentos para obtenção da qualidade, e não componentes da mesma, alertando para o risco da perda da utilidade analítica do conceito com a respectiva ampliação. Justificava, assim, a opção pelo estudo da qualidade do cuidado médico, pois mesmo a avaliação de programas somente aproximar-se-ia, segundo ele, da aferição da qualidade quando ele envolvesse a prestação de cuidado individual. Nesta perspectiva, elaborou, inicialmente, definição, segundo a qual a qualidade poderia ser entendida como a intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos. Foi proposto modelo unificado para aferição da qualidade

envolvendo o balanço entre riscos, benefícios e custos do cuidado (DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWLANSKI, 1982).

Em artigo posterior, Donabedian (1990), surpreendentemente, passou a considerar a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em 1991, este mesmo autor definiu a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de "bom" (*goodness*). Considerava, ainda, que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes.

Verifica-se, frequentemente, superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e, mesmo, qualidade. Eficaz é o "que produz o efeito desejado"; eficiência é a "ação, força, virtude de produzir um efeito"; e efetivo é o "que se manifesta por um efeito real". A qualidade tem sido definida como "efeito" (DONABEDIAN, 1980); a efetividade, como qualidade. Tanto a eficácia como a efetividade têm sido definidas em relação ao cumprimento de objetivos propostos. A efetividade tem sido vista, ainda, como atributo composto pela eficiência e eficácia (CAMPOS, 1988).

O esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian (1980), que concebeu a tríade "estrutura-processo-resultados", a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a "estrutura" corresponderia às características relativamente estáveis dos provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980). Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1992).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Referencial Teórico**

O estudo teve como base o referencial teórico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1980), segundo o qual a avaliação em saúde está pautada na tríade: estrutura, processo e resultado.

O componente de estrutura analisa as condições existentes para realização das práticas assistenciais à saúde e refere-se aos recursos humanos, físicos, financeiros e à normatização do trabalho. A dimensão de processo está diretamente relacionada ao funcionamento dos serviços de saúde e às atividades desenvolvidas. A vertente de avaliação dos resultados diz respeito às modificações originadas das ações desenvolvidas e o efeito dessa atuação na saúde da população (FERREIRA *et al.*, 2021).

Para o presente estudo, na dimensão de estrutura, apreciaram-se os aspectos referentes aos recursos físicos e insumos disponíveis para o trabalho do cirurgião-dentista na ESF.

No componente processo, investigou-se o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas, bem como os fatores facilitadores e restritivos para o desempenho do mesmo. Dentro desse escopo, os participantes foram questionados acerca das dificuldades encontradas na Atenção Primária à Saúde e como esses fatores interferem nas relações com a equipe.

No componente resultado, verificaram-se os indicadores de desempenho da saúde bucal do município nos anos de 2018 a 2021, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), como forma de identificar os avanços ou retrocessos na assistência prestada pela equipe de saúde bucal.

### **4.2 Tipo de Estudo**

Trata-se de pesquisa avaliativa, do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa que buscou analisar a qualidade da assistência à saúde bucal no município de Tianguá, Ceará.

Minayo (1993) sinaliza para complementaridade das abordagens e dos métodos que podem ser utilizadas na pesquisa científica. Considera que ambas as abordagens são necessárias, buscando-se produzir informe único, que deve espelhar não somente informações justapostas, mas no intercâmbio de teorias e métodos a favor do esclarecimento e aprofundamento dos aspectos investigados.

O método quantitativo se caracteriza pela mensuração das informações e pelo tratamento delas, por meio de técnicas estatísticas. Além disso, visa precisão matemática na descrição e apresentação dos dados, assegurando-lhe confiança com relação às conclusões estatísticas (BRITO, 2016).

A abordagem qualitativa, por sua vez, configura o contato direto do pesquisador com a situação, com isso retrata a perspectiva dos participantes. Além disso, valoriza a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, sendo o ambiente natural a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador, o instrumento-chave, com foco principal no processo e respectivo significado (SCHNEIDER; FUJII; CORAZZA, 2017).

### **4.3 Cenário da Pesquisa**

O estudo foi realizado na cidade de Tianguá, município brasileiro do estado do Ceará, situado, aproximadamente, a 319 km de Fortaleza, capital do estado. O estado do Ceará foi dividido geograficamente pelo IBGE em mesorregiões, que, por sua vez, abrangem as microrregiões. Tianguá faz parte da Mesorregião do Noroeste Cearense, constituindo a Microrregião da Ibiapaba, apresentando, segundo dados do último censo do IBGE (2022), população de 81.656 habitantes. O local da pesquisa foi definido por se tratar do município de atuação profissional da pesquisadora.

Tendo como principal porta de entrada a Estratégia Saúde da Família, o município dispõe de 26 Unidades Básicas de Saúde implantadas e credenciadas e sete pontos de apoio, com 75.946 habitantes cobertos, representando 100% de cobertura da população.

Nessas equipes de ESF, apenas 16 contam com Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo 14 modalidade I (um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal) e duas equipes modalidade II, as quais apresentam um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e um auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2017). Deste quantitativo, 10 equipes estão situadas na zona urbana e seis ESB na zona rural.

Até o ano de 2022, o município contava com 20 cirurgiões dentistas vinculados ao município, sendo que destes, apenas 15 estão em pleno exercício e desenvolvendo as atividades na ESF. A estimativa de cobertura odontológica é de 55.200 habitantes cobertos, o que representa 72,68% da população.

As unidades de saúde inseridas neste estudo contam com serviço odontológico ativo, sob a gestão municipal, incluídas no contexto do SUS e responsáveis pelo atendimento na Atenção Básica do município.

#### **4.4 Participantes da Pesquisa e Período de referência**

A população do estudo foi constituída pelos profissionais que compõe a Equipe de Saúde Bucal, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, e que atuavam nas equipes incluídas na Estratégia Saúde da Família no ano de 2022, no município de Tianguá-CE. Adotou-se critério de elegibilidade, os profissionais deveriam estar vinculados por, no mínimo, seis meses na Unidade Básica de Saúde. Como critério de exclusão, o cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal que estivessem ausentes da unidade por motivo de férias, afastamento ou licença no período da coleta. Ademais, a pesquisadora foi excluída, a fim de evitar conflito de interesse.

Os dados foram coletados de julho a agosto do ano de 2022. O total de 12 cirurgiões-dentistas participaram da pesquisa, o que representou 60% dos profissionais da Atenção Básica. O município conta, atualmente com 20 profissionais credenciados na Atenção Básica, porém destes, cinco cirurgiões-dentistas estavam afastados das atividades por período indeterminado, em virtude de licença. Considerando os critérios de exclusão definidos para esta pesquisa, um profissional estava de férias e dois profissionais possuíam vínculo menor de seis meses com o município, portanto, estes foram excluídos da pesquisa.

Quanto aos participantes da categoria de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) atuantes na Atenção Básica, apenas 14 participaram (63,6%). No município, 22 profissionais, entre ASB e TSB, exerciam funções na

Atenção Primária. Deste quantitativo, duas estavam de licença, portanto afastadas das atividades, e quatro possuíam vínculo menor do que seis meses, por isso, foram excluídas da pesquisa. Ademais, dois profissionais não concordaram em participar da pesquisa.

A representatividade das equipes de saúde bucal descritas nesta pesquisa foi de 14 equipes de um total correspondente à 16 equipes credenciadas no município. Portanto, duas equipes não foram caracterizadas nesta pesquisa, pois os profissionais integrantes da mesma não participaram do estudo.

Os participantes foram convidados a participar e receberam esclarecimento acerca da pesquisa. Na sequência, externaram o aceite ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Com a finalidade de assegurar o anonimato, os profissionais foram identificados com a letra “P”, seguida de código numérico, segundo a ordem de coleta das entrevistas.

#### **4.5 Instrumentos e Procedimento da Coleta de Dados**

Previamente ao início da coleta de dados, requereu-se carta de anuência para a Secretaria de Saúde do município na qual ela consentiu, com a realização desta pesquisa nas Unidades Básicas (APÊNDICE A). Os dados, então, foram coletados de junho a agosto de 2022.

Os profissionais das equipes de saúde bucal foram incentivados a colaborar com a pesquisa e, para tanto, realizaram-se visitas às Unidades Básicas de Saúde para apresentação do estudo e respectivo intento. Após a visita, marcou-se um encontro com cada sujeito, de acordo com a disponibilidade deste, para iniciarmos a coleta de dados.

Após anuência dos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), efetivaram-se os procedimentos de coletas de dados, conforme detalhamento a seguir.

Para obtenção de elementos referentes às variáveis sociodemográficas, de formação e atuação na ESF dos profissionais da equipe de saúde bucal e das variáveis relacionadas ao componente estrutura, utilizou-se como estratégia de coleta de dados o questionário virtual elaborado via Plataforma *Google Forms* (APÊNDICE C). Por meio desta plataforma, o usuário cria o próprio questionário e, em seguida, disponibiliza para

os participantes, por meio de *links* de acesso que serão encaminhados via e-mail de cada sujeito da pesquisa.

Os participantes da pesquisa receberam o link de acesso (<https://forms.gle/xqWgURByuozYajwk8>) ao formulário, por meio de mensagens no aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas WhatsApp.

Os auxiliares e técnicos em saúde bucal tiveram o formulário editado, visto que algumas indagações possuíam caráter específico da categoria de cirurgiões-dentistas. Portanto, receberam outro link de acesso (<https://forms.gle/ADKTF1A98CwNBw56A>).

As pesquisas em ambientes virtuais favorecem o arcabouço científico, por proporcionarem maior velocidade no acesso dos participantes, além da comodidade e praticidade, acarretando maior quantidade de respostas obtidas (FALEIROS *et al.*, 2016).

No tocante ao componente estrutura, o formulário contemplou *checklist* estruturado, seguindo parâmetros de acordo com os sugeridos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g) e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), conforme demonstra o Quadro 1.

Referente à obtenção da dimensão processo, aplicou-se instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, possibilitando ao participante discorrer sobre o tema sem se fixar a indagação proposta. A entrevista contemplou questões abertas que tiveram a intenção de verificar, dentro do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família, os fatores facilitadores e restritivos para o desempenho desta, bem como a inserção e relação com a ESF (QUADRO 2).

A utilização de entrevistas semiestruturadas em pesquisas qualitativas integram uma das principais ferramentas de coleta de dados no campo da saúde. As questões abertas possibilitam ao entrevistado refletir sobre os pontos de vista e contar com a intervenção mínima do entrevistador, para que se obtenha o máximo de informações (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

As entrevistas (APÊNDICE D) foram gravadas no Iphone e, subsequentemente, transcritas pela pesquisadora. O local de realização da escuta dos participantes aconteceu no próprio espaço de trabalho em sala reservada para que não houvesse interrupções. O objetivo da pesquisa foi novamente esclarecido, bem como, ao término de cada pergunta, procedeu-se ao esclarecimento de possíveis dúvidas acerca do questionamento. Além disso, garantiram-se o sigilo e o anonimato dos participantes,

não havendo identificação de nome. Em seguida, solicitou-se o assentimento para gravação da entrevista e iniciou-se com a primeira pergunta, seguida das demais.

No que diz respeito ao componente resultados, consultou-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no site <https://sisab.saude.gov.br/> para análise dos indicadores de desempenho da saúde bucal nos anos de 2018 a 2021: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, cobertura de primeira consulta odontológica programática, razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas e média de atendimentos de urgência odontológica.

**Quadro 1 - Matriz para a avaliação da dimensão estrutura do serviço de Saúde Bucal. Tianguá, 2022.**

Itens avaliados	Instrumento de coleta	Parâmetros utilizados
<b>Estrutura física e ambiência</b>		
Áreas de acesso adequado	Questionário virtual com questões de múltipla escolha	MEFUBS
Sala de espera adequada		
Sanitários adequados		
Sala para acolhimento		
Sala para atividades educativas		
Acesso a telefone		PMAQ
Acesso à internet		
Sala para consultório odontológico		MEFUBS
Espaço para escovódromo		
Área para compressor e bomba à vácuo		
Boa ventilação/climatização		
Boa iluminação		
Ambiente com pisos, paredes com superfícies laváveis		
Condições de privacidade		
Banheiros nos consultórios		
<b>Recursos materiais e insumos</b>		
Amalgamador	Questionário virtual com questões de múltipla escolha	MEFUBS, PMAQ
Aparelho para RX		
Ar-condicionado		
Autoclave		
Avental de chumbo		
Cadeira Odontológica		
Cuspideira		
Sugador		
Refletor		
Mocho		
Unidade auxiliar		
Caneta de alta rotação		
Caneta de baixa rotação		
Compressor de ar com válvula de segurança		
Fotopolimerizador		

Itens avaliados	Instrumento de coleta	Parâmetros utilizados
Jato de Bicarbonato		MEFUBS, PMAQ
Macromodelo da arcada dentária e macro escova dental		
Ultrassom odontológico		
Caixa de revelação		
Estufa		
Negatoscópio		
Armário vitrine		
Mesa de escritório		
Duas cadeiras		
Balde porta-detrítos com pedal		
Instrumental para exame		
Instrumental para dentística		
Instrumental para periodontia		
Instrumental par cirurgia básica		
Instrumental para urgência		
Instrumental para prótese	PMAQ	
EPI básicos		
Material odontológico para consumo (selante, resina fotopolimerizável, ionômero, fio de sutura, material para moldagem, agulhas, anestésico, gaze, rolos de algodão, flúor em gel, restauradores provisórios)		
Material educativo para a população (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para a saúde bucal voltado para o idoso		
Impressos (receituários, prontuários com odontograma, mapa para registros de atendimento diário e mensal)	PMAQ	
<b>Recursos Humanos</b>		
Membros que constituem a equipe	Questionário virtual com questões de múltipla escolha	PMAQ

Fonte: Crédito do autor.

**Quadro 2** - Matriz para avaliação da dimensão processo do serviço de Saúde Bucal. Tianguá, 2022.



Itens	Questões avaliadas	Instrumento de coleta
Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família;	Papel do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família;	Entrevista semiestruturada
Fatores relacionados ao trabalho odontológico dentro da Estratégia de Saúde da Família	Fatores facilitadores e restritivos do trabalho odontológico dentro da Estratégia de Saúde da Família	Entrevista semiestruturada
Ações de cuidado a gestante	Principais dificuldades enfrentadas	Entrevista semiestruturada

Fonte: Crédito do autor.

## 4.6 Dimensões analisadas no estudo

### 4.6.1 Identificação sociodemográfica, de formação e atuação na ESF

- Idade: de acordo com a data de nascimento, em anos completos.
- Gênero: masculino ou feminino.
- Formação: tempo de formação na graduação, em anos completos.
- Atuação na ESF: tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em anos.

### 4.6.2 Relacionadas ao componente estrutura das Unidades Básicas de Saúde destinada ao atendimento

- Recursos humanos: composição da equipe com cirurgião-dentista, ASB e TSB.
- Estrutura física e ambiência: espaços físicos mínimos obrigatórios e ambiência das Unidades Básicas de Saúde destinadas ao atendimento, de acordo com Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (MEFUBS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g), e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011a).
- Recursos materiais e insumos: materiais permanentes e insumos necessários ao atendimento, de acordo com Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (MEFUBS), do Ministério da Saúde (BRASIL,

2006g), e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011a).

#### 4.6.3 Relacionadas ao componente processo

- Papel do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família;
- Ações desenvolvidas na Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família;
- Fatores facilitadores e restritivos do trabalho odontológico dentro da Estratégia Saúde da Família;
- Principais dificuldades enfrentadas para realização das ações de cuidado à gestante, no tocante a recursos físicos, materiais e humanos;

#### 4.6.4 Relacionadas ao componente resultados

Para verificação desta dimensão, consideraram-se os indicadores de desempenho da saúde bucal do município nos anos de 2018 a 2021, disponíveis no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB):

- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado: este indicador almeja verificar se a gestante acompanhada pela ESF possui assistência odontológica e, com isso, possibilitar a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante ao pré-natal e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal (BRASIL, 2022).
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática: este indicador estima a relação entre a produção de primeira consulta odontológica programática realizada na Atenção Básica e a população cadastrada na mesma área geográfica. Ademais retrata o acesso da população aos serviços assistenciais odontológicos no SUS (BRASIL, 2017).
- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas: este indicador possibilita a avaliação da equipe com relação ao acesso da população aos serviços (percebido através do número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados (BRASIL, 2017).

- Média de atendimentos de urgência odontológica: visa identificar se a equipe de saúde bucal está apta para realizar o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica (BRASIL, 2012).

#### 4.7 Organização e análise dos dados

O registro das informações de cunho quantitativo foi realizado usando-se a planilha eletrônica Excel 2013 *for Windows* e, em seguida, analisadas estatisticamente com uso do pacote estatístico Jamovi 2.3.18, tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo apresentados em quadros, tabelas e/ou gráficos.

Para o tratamento dos dados qualitativos provenientes das perguntas abertas direcionadas aos participantes, adotou-se o método da análise de conteúdo, proposta por Bardin, sendo optado pela análise temática ou categorial. De acordo com Bardin (2016):

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. A discussão de todos os dados deu-se a partir de literatura atual pertinente ao tema.

No escopo de técnicas da análise de conteúdo, a análise categorial é a mais utilizada e executa fragmentação do texto em categorias (BARDIN,2016). A análise de conteúdo foi guiada sob a ótica interpretativa dos dados, orientados em três etapas (BARDIN, 2016):

- 1) Pré-análise;
- 2) Exploração do material;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, os dados são organizados e o pesquisador o faz, a fim de que se torne proveitoso para a pesquisa (SANTOS; SOUSA, 2020). Segundo Bardin (2018, p. 122), a pré-análise deve estruturar as ideias preliminares em quatro etapas: leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores.

Diante disso, as falas provenientes das entrevistas foram transcritas e o material foi organizado em tabelas no programa Word. Após leitura minuciosa do banco de respostas, procedeu-se ao estabelecimento do *corpus* da pesquisa, obedecendo aos critérios de exaustividade, em que não se deve deixar nenhum documento;

homogeneidade, que indica que a seleção dos documentos deve obedecer a critérios de escolha; representatividade, a qual recomenda que a amostra deva ser parte significativa do universo; pertinência, a qual cobra que os documentos apresentem correlação com os objetivos da análise (BARDIN, 2018).

Em face dos documentos analisados, foi possível a aproximação com os objetivos da pesquisa e o levantamento de hipóteses para o estudo. Desta forma, buscou-se responder ao objetivo da pesquisa, por meio da reflexão oriunda das falas dos entrevistados, buscando-se elucidar fontes pertinentes em dois segmentos: aspectos de fragilidade dos processos de trabalho da equipe de saúde bucal e fatores facilitadores para o trabalho da equipe de saúde bucal na ESF. Quanto à hipótese, esta é uma asserção transitória a que se propõe constatar (confirmar ou informar), recorrendo aos processos de análise. Trata-se de proposição, cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros (BARDIN, 2018).

Em continuidade, a análise de conteúdo indica a exploração do material que compreende a análise propriamente dita do material, na qual depreendem-se os códigos através da categorização das falas dos entrevistados (BARDIN, 2018). A codificação do conteúdo possibilita que os dados brutos sejam transformados e agregados em unidades, ou seja, o processo de codificação ordena as coisas, para que sejam criados algum tipo de categorização ou classificação.

A conformação da codificação consiste na execução de três etapas: escolhas das unidades; enumeração; e escolha das categorias. Diante disso, realizou-se o recorte do texto para escolhas das Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto que correspondem ao segmento de texto carregado de significação a se codificar.

O *corpus* da pesquisa foi constituído por 26 entrevistas, sendo definido como unidade de registro o tema e, como unidade de contexto, que dá significação para a UR, o parágrafo. Para Bardin (2018, p. 131), o tema “é a unidade significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Nesse momento, as unidades de registro foram demarcadas por meio de análise cromática, que foram tratadas, interpretadas e posteriormente distribuídas em categorias.

A seguir, procedeu-se à enumeração, utilizando-se da frequência simples, na qual aponta que a importância da unidade de registro aumenta com a frequência de sua exibição. Volta-se para os dados, observa-se cada um de maneira isolada,

buscando as unidades de significação, mediante os temas e, a partir disso, escolhem-se as categorias de análise. A definição das categorias é classificada ao apontar os elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa, isto é, das categorias. Desta forma, a análise categorial representa o desmembramento e posterior agrupamento ou reagrupamento das unidades de registro do texto (BARDIN, 2018).

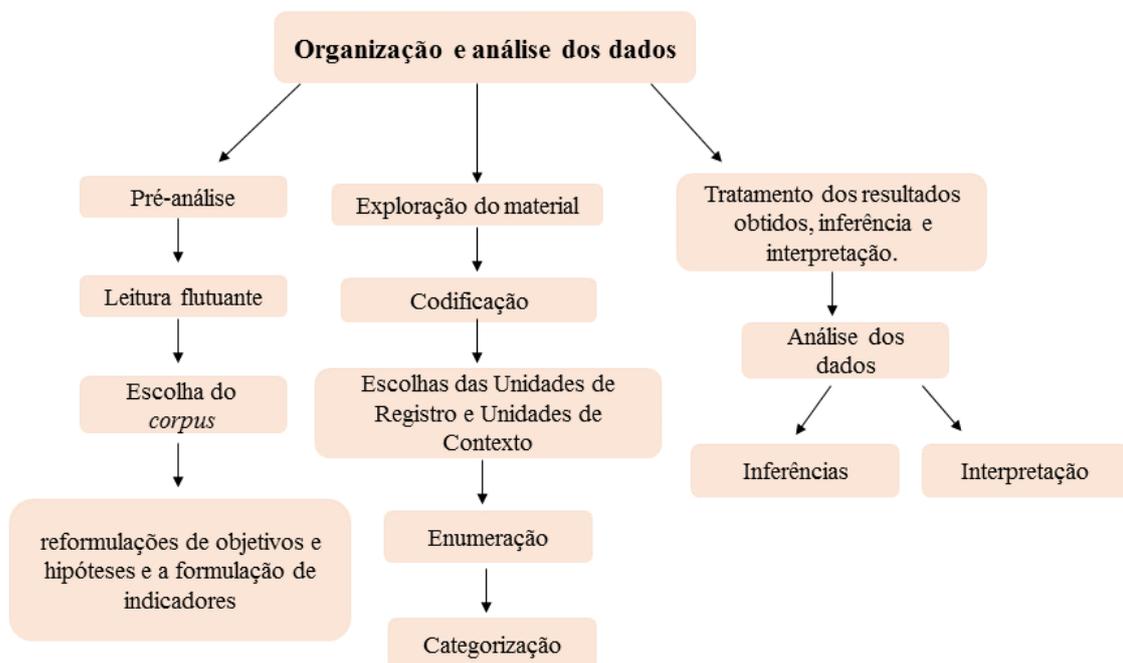
Na análise de conteúdo proposta por Bardin (2018), a categorização pode operar por meio de dois processos inversos: procedimento de "caixas", na qual as categorias são definidas *a priori*; procedimento por "acervo", segundo o qual o sistema de categorias não é fornecido e se formará progressivamente aos elementos analisados. Na presente pesquisa, fez-se a categorização *posteriori*, devido ao fato de essa ser construída em torno de um resultado progressivo, isto é, ser formada após tratamento e sistematização de elementos analisados.

Nesse processo de compilar elementos comuns, a categorização seguiu por meio de duas etapas: o inventário (APÊNDICE D), que consiste em isolar os elementos; a classificação, que se caracteriza por impor certa organização às mensagens.

Por fim, a terceira e última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos.

A seguir, apresenta-se, na Figura 1, o desenvolvimento da presente pesquisa baseada em Bardin (2018).

**Figura 1** - Desenvolvimento da pesquisa. Tianguá, CE. 2022



Fonte: Baseado em Bardin (2018, p. 128).

#### **4.8 Aspectos Éticos**

Quanto à ética em pesquisa, este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú- UVA, sendo aprovado conforme parecer nº 5.536.621 (ANEXO 2).

A pesquisa respeitou a condição humana e cumpriu os requisitos de autonomia, não maleficência, justiça e equidade, garantindo aos participantes o sigilo das identidades e assegurando-lhes que o o consentimento poderia ser retirado a qualquer momento, sem que isso trouxesse qualquer problema para o participante ou trabalho deste, em consonância com os preceitos explícitos na resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

O presente estudo trouxe como benefícios o potencial de contribuir para o fortalecimento da atenção à saúde bucal na ESF, na medida em que poderá guiar a distribuição dos recursos e qualificar as ações em saúde bucal.

Os riscos inerentes à pesquisa, como possível desconforto, no caso dos resultados obtidos serem insatisfatórios, referente aos processos de trabalho desenvolvidos, foram minimizados, ao garantir o sigilo dos participantes, sem identificá-los no estudo.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Características dos participantes segundo variáveis sociodemográficas

A caracterização do perfil dos profissionais cirurgiões-dentistas e auxiliares/técnicos de saúde bucal revelou distribuição mais expressiva do gênero feminino (84,6%). Além disso, ao serem questionados sobre a formação em Saúde da Família, dos 12 cirurgiões-dentistas participantes, 10 (83,3%) responderam não possuir pós-graduação em Saúde da Família. Contudo, sete profissionais (58,3%) declararam possuir pós-graduação em outra área (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil dos profissionais entrevistados, segundo gênero e formação com pós-graduação. Tianguá, 2022

	Nível	Contagem	Total	Proporção	<i>p</i>
Gênero	Fem	22	26	0,84	<0,001
	Mas	4	26	0,15	<0,001
Pós-Graduação em SF	Não	10	12	0,83	0,039
	Sim	2	12	0,16	0,039
Pós-Graduação em outra área	Não	5	12	0,41	0,774
	Sim	7	12	0,58	0,774

Nota: Fem = Feminino; Mas = Masculino; SF = Saúde da Família.  
Fonte: Crédito do autor.

A idade média desses profissionais foi de 37,7 anos (DP = 7,16), com a idade variando de 29 a 55 anos (Tabela 2).

**Tabela 2** - Perfil dos profissionais entrevistados. Tianguá, 2022

	N	Média (DP)	Amplitude	Min-Max
Idade	26	37,7 (7,16)	26	29-55
Tempo de ocupação	14	13,6 (4,22)	14	6-20
Tempo de Formado	12	8,58 (2,97)	10	5-15
Tempo de trabalho na ESF	26	10,1 (5,02)	18	2-20

Fonte: Crédito do autor.

A respeito do tempo de formação dos profissionais cirurgiões-dentistas, os 12 entrevistados apresentam, em média, período de 8,58 anos (DP = 2,97). Concernente ao tempo de trabalho dedicado à Estratégia Saúde da Família, a média foi de 10,1 anos (DP = 5,02), com profissionais que trabalhavam há dois anos até 20 anos.

## 5.2 Componente Estrutura

Para apresentação do componente estrutura, descrevem-se aspectos relacionados ao quantitativos de pessoas acompanhadas pela ESF, a identificação das unidades básicas de saúde, de recursos humanos, bem como a descrição da estrutura física, ambiência, recursos materiais e presença de insumos.

Quanto à identificação das Unidades Básicas de Saúde, das 14 Unidades analisadas, 10 se localizavam na zona urbana, três, na zona rural, e uma possuía localização mista, com cobertura em área urbana e rural. Além disso, das 14 unidades avaliadas, todas estavam ligadas apenas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (Tabela 3).

A quantidade média de pessoas acompanhadas pelas equipes foi de 4.101 pessoas (DP=1.792), apresentando valores máximos de 8.000 e mínimo de 1.890 usuários assistidos pela ESF. Destaca-se, ainda, que duas equipes estavam com população sob sua responsabilidade acima de 6 mil pessoas.

**Tabela 3** – Identificação das Unidades Básicas de Saúde. Tianguá, 2022.

	Nível	Contagem	Total	Proporção	<i>p</i>
Localização da UBS	Mista	1	14	0,071	0,002
	Rural	3	14	0,214	0,057
	Urbana	10	14	0,714	0,180
ESF ligadas à ESB	-	14	14	1,000	<0,001

Fonte: Crédito do autor.

### 5.2.1 Recursos humanos

As 14 Unidades de Saúde Bucal analisadas possuíam um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. Destas, duas Unidades de Saúde possuíam ainda um técnico em saúde bucal integrando a equipe. Esse achado vem ao encontro do que preconiza a Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que regulamenta a profissão do

Técnico em Saúde Bucal (TSB) para que estes possam efetivamente, sob supervisão do CD, realizar o trabalho de prevenção e controle de placa em pacientes. Essa inserção do TSB na equipe de saúde bucal contribui significativamente à assistência odontológica dos pacientes, consoante principalmente a competência de remoção do biofilme dental.

### 5.2.2 Estrutura física e ambiência

Verificou-se que nas Unidades Básicas de Saúde do município de Tianguá, as equipes possuíam recepção e sala de espera em boas condições de limpeza, embora apresentasse, ainda, insuficiência de assentos para os usuários aguardarem (50%) e 64,3% possuísem sala de acolhimento. No entanto, 50% das unidades tinham sala para atividades em grupo e/ou ações educativas.

Somente uma Unidade de Saúde tinha consultório odontológico com banheiro e este não se encontrava em condições de limpeza e uso adequados. Além disso, uma equipe possuía área específica para realização de escovação supervisionada (escovódromo) na unidade.

A Tabela 4 sistematiza os resultados encontrados para esse aspecto analisado.

**Tabela 4** – Estrutura física e ambiência das UBS. Tianguá, 2022.

	Níveis	Contagem	Total	Proporção	p
Lugares suficientes para usuários aguardarem	Não	7	14	0,500	1,000
	Sim	7	14	0,500	1,000
Sala para atividades em grupo ou ações educativas	Não	7	14	0,500	1,000
	Sim	7	14	0,500	1,000
Sala de acolhimento	Não	5	14	0,357	0,424
	Sim	9	14	0,643	0,424
Sala para consultório odontológico com banheiro	Não	13	14	0,929	0,002
	Sim	1	14	0,071	0,002
Escovódromo	Não	13	14	0,929	0,002
	Sim	1	14	0,071	0,002

Sala de espera/recepções em boas condições de limpeza	Sim	14	14	1,000	<0,001
---	-----	----	----	-------	--------

Fonte: Crédito do autor.

### 5.2.3 Características estruturais

A respeito da limpeza e organização da Unidade de Saúde, 10 (76,9%) delas tinham áreas limpas, no entanto, nove (69,2%) não apresentaram paredes e pisos com superfícies laváveis. Três (21,4%) dos entrevistados referiram que os respectivos consultórios odontológicos não garantiam privacidade ao usuário.

A Tabela 5 sintetiza os dados referentes às características estruturais das unidades de saúde.

**Tabela 5** - Características estruturais das unidades de saúde. Tianguá, 2022.

	Níveis	Contagem	Total	Proporção	p
Limpeza e organização das salas de apoio	Não	3	14	0.214	0.092
	Sim	11	14	0.785	0.092
Iluminação adequada	Não	5	14	0.357	0.581
	Sim	9	14	0.642	0.581
Ventilação adequada	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Pisos, paredes com superfícies laváveis	Não	10	14	0.714	0.267

	Sim	4	14	0.285	0.267
Privacidade do usuário no consultório odontológico	Não	3	14	0.214	0.057
	Sim	11	14	0.786	0.057
Paredes revestidas completamente com material lavável	Não	11	14	0.786	0.057
	Sim	3	14	0.214	0.057
Teto revestido com material lavável e de superfície lisa	Não	12	14	0.857	0.013
	Sim	2	14	0.143	0.013
Pisos revestidos com material lavável e de superfície lisa	Não	3	14	0.214	0.057
	Sim	11	14	0.786	0.057
Portas revestidas por material lavável	Não	10	14	0.714	0.180
	Sim	4	14	0.286	0.180

Fonte: Crédito do autor.

#### 5.2.4 Recursos materiais e insumos

Este tópico destina-se à avaliação dos equipamentos existentes nos consultórios odontológicos, se estes estavam adequados para uso e se eram compartilhados com outra equipe. Na sequência, também foi avaliada a existência de instrumentais fundamentais para os atendimentos clínicos.

Os equipamentos investigados foram: amalgamador, ar-condicionado, avental de chumbo, cuspideira, raio x odontológico, avental de chumbo, mocho, unidade auxiliar, caneta de baixa rotação, fotopolimerizador, ultrassom odontológico, negatoscópio, estufa, armário vitrine, cadeiras, autoclave, cadeira odontológica, refletor, sugador, caneta de alta rotação, compressor de ar, jato de bicarbonato, macromodelo de arcada para ações coletivas, caixa de revelação, mesa de escritório e balde com pedal.

Os dados que merecem atenção dizem respeito à inexistência de caneta de alta rotação em duas (14,3%) das equipes analisadas, equipamento imprescindível para tornar exequível a grande parte dos procedimentos odontológicos. Além disso, a cadeira odontológica esteve presente em todas as equipes.

Ademais, quatro equipes referiram possuir ultrassom odontológico, porém uma afirmou que o aparelho estava sem condições de uso. Nenhuma das equipes possuía aparelho de raio x odontológico, equipamento importante para o diagnóstico de diversas patologias bucais. Duas equipes tinham duas cadeiras odontológicas na Unidade, o que viabilizava o atendimento em conjunto com o técnico em saúde bucal.

As equipes possuíam autoclave e uma, estufa, porém sem condições de uso. Registrou-se em diário de campo o relato de algumas equipes acerca do funcionamento da autoclave. Algumas equipes referiram a dificuldade de uso das autoclaves, em virtude da instalação elétrica da unidade. Com isso, os materiais de uso da equipe eram esterilizados em outras unidades, prejudicando o adequado funcionamento dos serviços.

Fator importante a destacar refere-se aos equipamentos necessários para realização de uma efetiva ação coletiva de instrução de higiene oral, o macromodelo e a escova dental. Três equipes tinham um macromodelo com escova dental no consultório. Com relação ao compartilhamento dos equipamentos com outras equipes, identificou-se que 85,7% das equipes não compartilhavam material.

Na sequência, avaliou-se a presença em quantidade suficiente dos instrumentais odontológicos para atendimento clínico, considerando a quantidade recomendada pelo Ministério da Saúde. Identificou-se que as equipes dispõem de espelho clínico, quatro equipes não possuíam pinça clínica em quantidade suficiente e duas equipes não dispunham de sonda exploradora. Estes itens são fundamentais para realização de exames clínicos, no qual representa prática cotidiana do cirurgião-dentista.

Para as atividades clínicas de dentística, os instrumentais estão presentes nas equipes em quantidades suficientes, o que favorece a prática clínica de procedimentos, como realização de restaurações. Em contrapartida, oito equipes tinham curetas periodontais, no entanto, nove não dispunham de pedras para afiá-las.

Outro ponto de alerta diz respeito aos instrumentais para Cirurgia, pois oito equipes (57,1%) não tinham alveolótomo para remoção de espículas ósseas e 50% das equipes não dispunham de fórceps infantil e tesouras cirúrgicas em quantidade suficiente. Além disso, identificou-se que 12 equipes (85,7%) não apresentaram cânula

para aspiração endodôntica e 10 equipes (71,4%), limas endodônticas, materiais necessários para as urgências dentárias.

A Tabela 6 sistematiza os resultados referentes aos instrumentais odontológicos.

**Tabela 6** – Instrumentos odontológicos. Tianguá, 2022

	Níveis	Contagem	Total	Proporção	p
Bandejas de aço em quantidade suficiente?	Não	1	14	0.088	0.003
	Sim	13	14	0.928	0.003
Espelho clínico em quantidade suficiente?	Sim	14	14	1.000	< .001
Pinça clínica em quantidade suficiente?	Não	4	14	0.286	0.180
	Sim	10	14	0.714	0.180
Sonda exploradora em quantidade suficiente?	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Aplicadores de Hidróxido de Cálcio em quantidade suficiente?	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Brunidores para restauração de amálgama em quantidade suficiente?	Não	1	14	0.071	0.002
	Sim	13	14	0.929	0.002
Condensadores para restaurações de amálgama em quantidade suficiente?	Não	1	14	0.071	0.002
	Sim	13	14	0.929	0.002
Escavadores de dentina em quantidade suficiente?	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Espátula de inserção de resina em quantidade suficiente?	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Placa de vidro em quantidade suficiente?	Não	3	14	0.214	0.057
	Sim	11	14	0.786	0.057
Porta amálgama em quantidade suficiente?	Não	11	14	0.786	0.057
	Sim	3	14	0.214	0.057
Porta-matriz em quantidade suficiente?	Não	6	14	0.429	0.791
	Sim	8	14	0.571	0.791
Curetas periodontais em quantidade suficiente?	Não	6	14	0.429	0.791
	Sim	8	14	0.571	0.791
Pedra de afiar curetas periodontais em quantidade suficiente?	Não	9	14	0.643	0.424
	Sim	5	14	0.357	0.424

**Tabela 6** – Instrumentos odontológicos. Tianguá, 2022

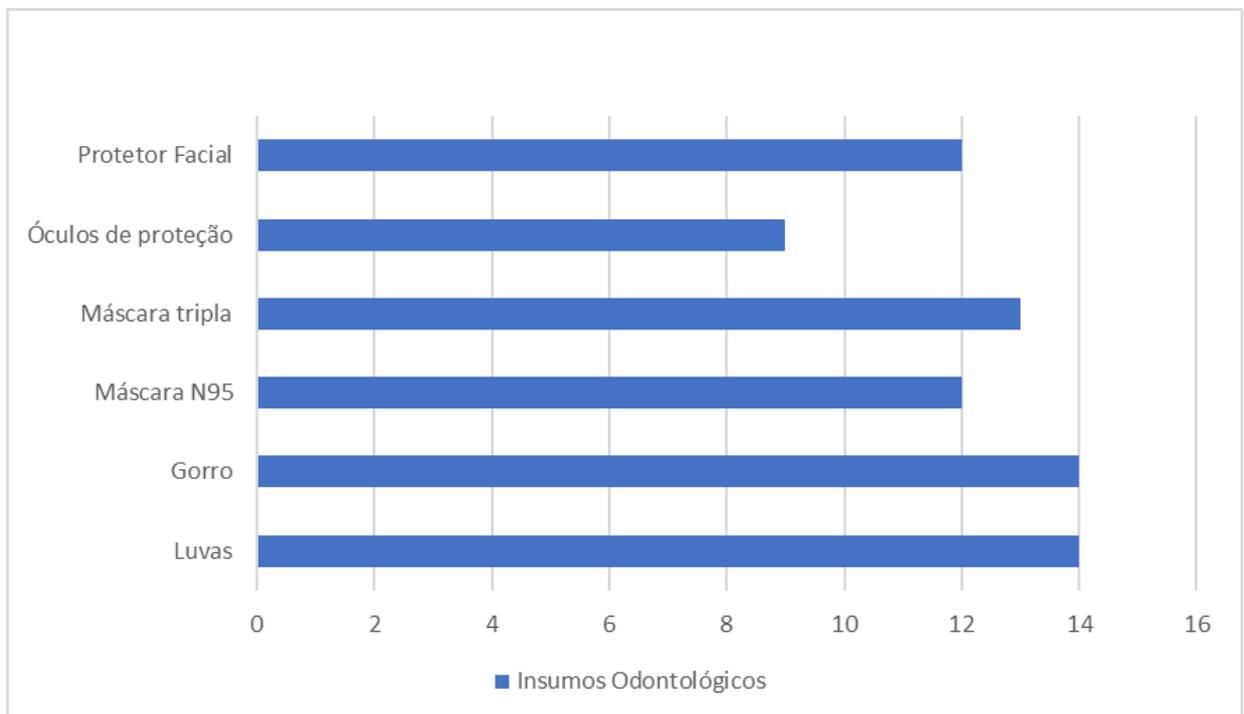
	Níveis	Contagem	Total	Proporção	p
Sonda milimetrada em quantidade suficiente?	Não	12	14	0.857	0.013
	Sim	2	14	0.143	0.013
Alveolótomo em quantidade suficiente?	Não	8	14	0.571	0.791
	Sim	6	14	0.429	0.791
Alavancas em quantidade suficiente?	Não	4	14	0.286	0.180
	Sim	10	14	0.714	0.180
Cabos para bisturi em quantidade suficiente?	Não	3	14	0.214	0.057
	Sim	11	14	0.786	0.057
Curetas cirúrgicas em quantidade suficiente?	Não	7	14	0.500	1.000
	Sim	7	14	0.500	1.000
Fórceps (infantil) em quantidade suficiente?	Não	7	14	0.500	1.000
	Sim	7	14	0.500	1.000
Fórceps (adulto) em quantidade suficiente?	Não	2	14	0.143	0.013
	Sim	12	14	0.857	0.013
Porta agulha em quantidade suficiente?	Não	3	14	0.214	0.057
	Sim	11	14	0.786	0.057
Seringa carpule em quantidade suficiente?	Não	1	14	0.071	0.002
	Sim	13	14	0.929	0.002
Sindesmótomo em quantidade suficiente?	Não	4	14	0.286	0.180
	Sim	10	14	0.714	0.180
Tesouras cirúrgicas em quantidade suficiente?	Não	7	14	0.500	1.000
	Sim	7	14	0.500	1.000
Cânula para aspiração endodôntica em quantidade suficiente?	Não	12	14	0.857	0.013
	Sim	2	14	0.143	0.013
Escavadores para pulpotomia em quantidade suficiente?	Não	10	14	0.714	0.180
	Sim	4	14	0.286	0.180
Limas endodônticas em quantidade suficiente?	Não	10	14	0.714	0.180
	Sim	4	14	0.286	0.180

Fonte: Crédito do autor.

Quanto aos insumos, cinco (50%) dos materiais de consumo estavam presentes em mais de 80% das equipes. Os itens rolo de algodão (50%) e amálgama (50%) estavam presentes em metade das equipes, no entanto, quatro equipes possuíam rolo de algodão em quantidade insuficiente. Aponta-se inexistência da oferta de insumos, como selante (78,6%) e ionômero de vidro (85,7%) que representam materiais importantes para realização de procedimentos dentários restauradores.

Concernente à dispensação rotineira de equipamentos de proteção individual, constatou-se que as equipes dispunham de luva e gorro, todavia, 12 possuíam máscara N95; nove, óculos de proteção; e 12, protetor facial (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Dispensação de EPIs e materiais de Biossegurança. Tianguá, 2022



Fonte: Crédito do autor.

Questionou-se a presença de materiais educativos nos consultórios odontológicos, como folder, álbum seriado, kits de higiene bucal e escova dental para gestante. Sete equipes (50%) responderam não dispunham de nenhum material e três equipes (21,4%) possuíam kits de higiene bucal.

Por fim, têm-se os dados referentes ao uso de prontuários e mapas de produção, bem como o acompanhamento das gestantes pela Caderneta da Gestante. Averiguou-se que todas as equipes possuíam receituários, fichas clínicas e mapas para registro

de atendimentos. Não obstante, oito equipes (57,1%) nunca possuíam a Caderneta de Saúde da Gestante para entregar à paciente; três (21,4%), às vezes, estavam disponíveis; e três (21,4%), sempre disponível. Além disso, das seis equipes que possuíam a Caderneta, três afirmaram não realizar o acompanhamento da gestante utilizando a Caderneta.

### 5.3 Componente Processo

No tocante ao componente processo, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, em que foram percebidas três categorias: Organização do trabalho da equipe de saúde bucal na ESF; Gestão do trabalho e da educação na saúde bucal da ABS; e Acesso e territorialidade no contexto da ESF.

Bardin (2016) orienta que a análise do conteúdo de entrevistas percorra três fases principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Diante disso, as interlocuções resultantes das questões abertas dirigidas aos participantes permitiram a elaboração de categorias iniciais, intermediárias e finais que estão apresentadas no Quadro 3.

Nesse processo, inicialmente, encontraram-se 17 categorias iniciais que emergiram das unidades de registro destacadas e que agrupam características comuns, por meio da menção que os participantes faziam nas entrevistas. Analisou-se separadamente cada uma dessas categorias iniciais levantadas e, somente depois, buscou-se, a partir do que tinha sido recorrente e excludente em cada um, reorganizaram-se as categorias e, com isso, estabeleceram-se oito categorias intermediárias. Seguindo o teor da análise, alcançaram-se as categorias finais, estas compreendidas pela aglutinação das categorias iniciais e intermediárias, totalizando três categorias.

**Quadro 3** - Síntese da progressão das categorias. Tianguá, Ceará, Brasil, 2022.

<b>Categorias iniciais</b>	<b>Categorias Intermediárias</b>	<b>Categorias Finais</b>
Isolamento do profissional de odontologia	I - Atuação multiprofissional	I - Organização do trabalho da equipe de saúde bucal na ESF
Importância de uma atuação integral		
Importância de reuniões de	II - Comunicação entre a equipe	

<b>Categorias iniciais</b>	<b>Categorias Intermediárias</b>	<b>Categorias Finais</b>
planejamento		
Falta de engajamento nas reuniões		
Falta de materiais	III - Materiais de trabalho	II - Gestão do trabalho e da educação na saúde bucal da ABS
Falta de manutenção		
Comprometimento da estrutura da UBS		
Falta de profissionais para determinada função	IV - Recursos humanos	
Falta de capacitação		
Ações educativas	V - Recursos para ações de prevenção em saúde bucal	
Kits para gestantes possam realizar o tratamento preventivo adequado		
Atuação dos agentes comunitários de saúde	VI - Acesso	III - Acesso e territorialidade no contexto da ESF
Forma de agendamento		
Desinformação dos pacientes	VII - Ações educativas de prevenção	
Mitos acerca do risco de procedimentos odontológicos a gestantes		
Importância dada a continuidade do tratamento	VIII - Adesão ao tratamento	
Prejuízo pela falta de insumos		

Fonte: Crédito do autor.

### 5.3.1 Organização do trabalho da equipe de saúde bucal na ESF

Nesta categoria, centraram-se os discursos referentes à forma de organização do trabalho dos profissionais que compõem a equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Um aspecto que teve bastante destaque nas falas foi a atuação multiprofissional. Os profissionais citaram a importância de uma equipe completa que atue de forma integrada para efetiva promoção da saúde. Muitos relataram que sentiam que a atuação no contexto de trabalho era prejudicada, pois percebiam que a odontologia era deixada de lado dos demais profissionais de Saúde da Família,

associando a atuação a atendimentos pontuais, como serviço de extração, e não podendo contribuir na prevenção de adoecimentos, como serviços de limpeza e profilaxia. As falas relatam um pouco dessa dificuldade.

Só que com a equipe não é tão boa, porque a gente não se relaciona bem devido... não sei... a odontologia para eles acho que não é uma coisa assim... tipo, só funciona eu e a doutora, porque eles mesmo... tipo, reunião, essas coisas, a gente não tem aquele engajamento. (P25)

Mas geralmente a equipe de saúde bucal trabalha um pouco a parte da equipe de saúde da família, o que não é o ideal. (P11)

A odontologia é um pouco separada das ações da equipe de estratégia saúde da família, especialmente o agente de saúde que eu acho que é que mais deixa a desejar no meu processo de trabalho. (P6)

Ressaltaram a importância da colaboração interprofissional e do compartilhamento do cuidado, com a medicina ou a enfermagem, para compreender patologias e direcionar os pacientes da melhor forma, o que pode ser constatado pelas falas a seguir.

Na Estratégia Saúde da Família a gente tem a liberdade de dialogar com o enfermeiro e com médico que pode esclarecer nós profissionais de odontologia determinadas patologias que a gente... que não fazem parte da nossa rotina. (P4)

A gente tem essa liberdade de trabalhar em equipe e saber exatamente conhecer o perfil do paciente de forma mais clara, tanto através do agente de saúde, como dos profissionais que atendem na atenção básica como enfermeiro e médico e até aprendendo mais sobre as diversas patologias e não focar apenas nas patologias bucais. (P6)

O que facilita eu acho que é a dinâmica em equipe que a gente conseguiu construir aqui que o médico me encaminha alguns pacientes, eu encaminho alguns pacientes para ele então essa troca entre a equipe acaba abrangendo o paciente de uma forma mais integrada. (P3)

Apesar de sentir a falta de integração na atuação profissional, muitos avaliaram a relação com os demais membros da equipe de Saúde da Família como positiva. Destacaram que as reuniões de planejamento mensais são fundamentais para planejar e alinhar as estratégias a serem desenvolvidas, bem como atentar para as dificuldades que cada profissional vem enfrentando no serviço. Ainda assim, alguns profissionais alegaram baixo engajamento nos encontros.

A convivência é muito boa, a gente se dá com todo mundo e o que a gente pode fazer um pelo outro a gente faz. (P7)

A gente até já tem conversado sobre isso aqui na nossa equipe para sempre eles estarem repassando informações para as iniciantes que estão começando agora que precisam passar pelo pré-natal odontológico. (P21)

E o que facilita é o trabalho em equipe, eu acho que é o primordial, a gente trabalhar em equipe e se dar bem com a equipe da gente, então isso é a parte que facilita. (P14)

Mas nem todo mês está tendo reunião para a gente conversar, botar a dificuldade que cada um tá tendo... (P12)

Outra coisa que poderia melhorar o serviço seria uma melhor interação entre todos os integrantes da equipe de saúde. (P11)

A gente só se reúne a equipe toda quando tem entrega de mapa... que se reúne para fazer o mapa e a produção da equipe. (P10)

### 5.3.2 Gestão do trabalho e da educação na saúde bucal da ABS

Esta categoria versa sobre as falas referentes às condições de trabalho disponibilizadas e a estrutura das unidades e como estas impactam na atuação na Estratégia Saúde da Família.

Por meio dos discursos relatados, identificaram-se que a falta ou oferta de baixa qualidade de materiais e insumos para realização das atividades foi algo bastante difundido entre os entrevistados, caracterizando-se como o principal fator limitante da atuação, alguns dos materiais citados foram fotopolimerizadores, caneta, tesoura e cureta de boa qualidade, ionômero, resina, entre outros. Relatou-se que era comum que os próprios profissionais custeassem materiais para conseguir dar seguimento ao tratamento.

Eu acho que o que tá restringindo mais é a questão não da equipe, mas com a prefeitura quanto a material de consumo, principalmente, material de consumo que é o que tem limitado. (P2)

O que dificulta meu trabalho hoje é a questão da falta de material que a gente sofre muito tanto de material de insumo quanto de material mesmo, coisas básicas para o consultório... (P15)

E o que dificulta nosso trabalho, na maioria das vezes, é a falta de material que a gente espera receber né, a gente vai atrás, mas quando chega lá não tem. (P19)

A questão também de recursos materiais que é o que limita muita a gente. (P13)

Porque uma vez que fica faltando alguns itens eu termino eu mesmo comprando esses itens para que a coisa funcione. (P2)

Então a gente depende muito da nossa própria vontade e de tirar do nosso próprio bolso, né, para gente tá fazendo essa promoção de saúde... (P20)

A gente não faz uma restauração porque a gente não tem fotopolimerizador, uma caneta, entendeu?! Então, assim, isso é o que de fato atrapalha hoje o nosso trabalho. (P15)

O paciente, às vezes, precisa de uma coisa lá pra um procedimento e não tem como a gente fazer porque falta material... (P14)

Destacou-se, também, a escassez de manutenção dos equipamentos odontológicos e condições estruturais da Unidade Básica de Saúde, como infiltrações, prejudicando a boa execução dos serviços. Além disso, os recursos humanos também foram constituíram aspectos prejudicados pela escassez de recursos, fazendo com que os profissionais sofram com sobrecarga ou acúmulo de funções.

Os fatores restritivos seriam mais a questão da estrutura do local, tanto a estrutura de equipamentos, como também a estrutura física da unidade né que a gente tem bastante deficiência nesta questão. (P11)

Principalmente a questão da infraestrutura, por exemplo, a nossa sala é pequena, nossa cadeira é velha, nosso fotopolimerizador praticamente não funciona, a nossa impressora lá fora não está funcionando...A nossa sala mesmo de consultório... não é apropriada para ter um bom atendimento para os pacientes. (P24)

...sugestão para melhorar o atendimento e para melhorar o ambiente de trabalho seria uma reforma no local aqui do consultório que tem um pouco de mofo nas paredes e trocar o piso por uma cerâmica..." (P22)

O problema é que a gente não tem porque é muito pequeno, não tem espaço grande e ela sempre fica muito dispersa, não tem uma sala de reunião dentro do PSF porque ele é muito pequeno. (P16)

Como restritivos, eu considero principalmente no serviço público essa questão de recursos... recursos humanos... em questão, por exemplo, de recepcionista. (P13)

... e o técnico que faz a manutenção ser de fora porque a gente precisa muito dele aqui porque não é tão nova a cadeira e ele não tá aqui toda semana né, isso que dificulta pra gente. (P12)

Às vezes, a gente fica sobrecarregado e precisa fazer outras funções. (P13)

Por fim, a carência de recursos também se evidenciou na dificuldade de organizar ações educativas e de prevenção, como rodas de conversa, palestras, folders, kits etc., que buscam melhorar a adesão dos usuários aos serviços de saúde bucal, em especial mulheres gestantes que precisam realizar o pré-natal odontológico.

A dificuldade enfrentada aqui é a falta de espaço para está reunindo essas gestantes, tá transmitindo as orientações e informações... (P1)

Agora assim, dificilmente eu faço palestras, essas coisas, porque se for para fazer eu tenho que trazer, eu tenho que confeccionar, por exemplo, a prefeitura mesmo não disponibiliza esse material, então a gente meio que tem que se virar para poder fazer esse tipo de ação. (P24)

...e também a gente não tem assim aquele apoio para poder a gente fazer isso, a gente não tem um apoio da prefeitura mesmo... (P25)

A gente, nessa unidade, não tem grupo de idoso, não tem grupo de hipertenso, então não é feito geralmente essa parte de atenção coletiva. (P16)

A questão de recursos materiais para ações educativas, macromodelos. nós não dispomos na unidade, por exemplo, kit higiene completo com fio dental. Muitas vezes a gente dá orientação de que precisa da melhor escova, mas não é a melhor escova que a gente dá, que a gente disponibiliza. E o restante, pasta, creme dental, fio dental, tudo isso, macromodelos, itens de higiene, e dos materiais mais votados para gestantes. (P7)

Um das soluções que eu sugiro que dê mais certo para fazer essas ações com a gestante seria a prefeitura disponibilizar kits odontológicos para a gente dar esses brinquedos nas ações e fazer palestras tentando conscientizar que é necessário esse pré-natal odontológico para elas. (P11)

### 5.3.3 Acesso e territorialidade no contexto da ESF

Esta categoria condensa as falas referentes à relação dos profissionais de saúde bucal com o território em que a Unidade Básica de Saúde se insere, bem como o acesso aos serviços de saúde bucal prestados por esta.

O acesso aos serviços odontológicos na UBS ocorre, principalmente, por meio dos agentes comunitários de saúde, estes foram, muitas vezes, referenciados como essencial na articulação com os pacientes, principalmente no serviço de agendamento e comunicação. Porém, alguns profissionais revelaram que ainda existem muitas áreas que estão descobertas pelos serviços de saúde na região, não sendo atendidos pelos agentes comunitários, sendo necessário que os pacientes se desloquem para a unidade para fazer o agendamento, ou se precisarem de alguma informação. Os pacientes destas áreas acabam tendo o atendimento bastante comprometido e, muitas vezes, não concluem o tratamento.

A agente de saúde, as três que têm elas agendam, mas a maioria é agendado aqui por conta da área que é descoberta aí eles procuram mais a unidade. Tem mais área descoberta do que área coberta, então eu que agendo né, eles procuram e eu agendo. (P4)

Ainda tem muitos auxiliares de saúde bucal que não querem ficar responsáveis por essa marcação aí joga uma função pro agente de saúde e termina ficando uma rotina pro próprio agente de saúde marcar apesar de eu não considerar a forma mais eficaz para o atendimento odontológico. (P5)

...quando é tratamento eles vêm agendado pelas agentes de saúde ... (P24)

O que mais me deixa ainda incomodada é a forma de acesso, porque nós temos muitas áreas descobertas, nós temos quatro áreas descobertas, e infelizmente, a comunicação. (P3)

Agora o que dificulta é realmente atender essa demanda que não tem agente de saúde. (P1)

E o que dificulta mesmo é a falta de agente de saúde por conta que tem muitas áreas descobertas. (P10)

Para possibilitar o agendamento dessas áreas descobertas, é designado um dia específico para realizar os agendamentos do referente mês, podendo agendar também um retorno, ou dias específicos para população com demanda especial, como gestantes. Posteriormente, é feita a comunicação da data estabelecida para população, geralmente, por um anúncio na porta da unidade. Além disso, os pacientes também são atendidos na modalidade de urgência, na qual têm atendimento imediato. Nesses achados percebe-se a compreensão tecnicista do território em detrimento de uma compreensão do território vivo como espaço de educação em saúde e cuidado longitudinal.

Nós colocamos a data para agendamento e coloca na porta aí os pacientes que vêm ao posto eles veem o dia da marcação, aí nesse dia marcado eles vêm aí nós entregamos as fichas para esses pacientes atender no mês todinho. (P9)

...só o agendamento da sede do distrito é feito diretamente comigo para que não haja interferência política dos mais distantes. (P16)

Então, a maioria dos pacientes chegam até a gente na unidade de saúde e agenda diretamente com a gente. (P15)

A gente sempre procura fazer a marcação olhando a necessidade do paciente, paciente que tem mais vulnerabilidade a gente faz a marcação, faz os retornos com mais frequência e são aqueles que a gente sabe que não tem ajuda de agente de saúde para dar uma informação, a gente tem um cuidado mais especial. (P17)

Temos também o atendimento de urgência que nesses casos a gente sempre tem vaga disponível porque eu preciso atender o paciente que tem essa demanda de urgência... (P11)

Quanto às urgências, a demanda de urgência a gente recebe todo dia sem agendamento prévio... pode chegar na unidade, se for realmente caso de urgência, a gente já atende sem agendamento. (P21)

Toda quarta-feira a gente atende a gestante mesmo que elas não queiram, a gente vai lá e conversa e elas vem. (P25)

Ainda que o trabalho dos agentes comunitários em saúde seja fundamental para o acesso dos pacientes ao serviço de saúde bucal, os entrevistados pontuaram

questões na qual esta mediação ocorria de forma deficitária. Alguns entrevistados pontuaram que falta capacitação de muitos agentes para entenderem a importância da realização de ações com as comunidades atendidas sobre a conscientização dos cuidados em saúde bucal, em especial para gestantes realizarem o pré-natal odontológico. Outra questão apontada foi a importância de se garantir o princípio de equidade nos agendamentos, uma vez que não se baseiam neste princípio, priorizando pacientes com mais afinidade.

Eu percebo que os agente de saúde são mais empenhados para fazer atividades que não fazem parte da rotina da odontologia como vacina como pré-natal e entre outras atividades que eles julgam ser mais importante né, então o agente saúde de certa forma ele não orienta o usuário do SUS a forma correta. (P6)

A sugestão referente a gestante né, eu acho que uma capacitação da parte da equipe dos ACS para conscientizá-las da importância do pré-natal odontológico. (P19)

...Uma maior conscientização até mesmo dos profissionais não dentistas de sempre enfatizar a importância da saúde bucal nesse processo... (P1)

Eu acho que falta uma capacitação generalizada de todos os agentes de saúde com relação ao pré-natal odontológico...como a capacitação não só dos agentes de saúde como dos gestores da atenção básica em colocar o pré-natal odontológico como uma rotina né, eles tratam como opção e não como rotina e o ideal seria o tratamento odontológico como uma rotina e não como uma opção. (P5)

Capacitar a equipe desde o atendimento da recepção e mostrar para elas que elas têm a obrigação... são obrigadas a fazerem um atendimento odontológico... (P8)

Eu acho que uma capacitação da parte da equipe dos ACS para conscientizá-las da importância do pré-natal odontológico. (P19)

Por fim, apontou-se que existem diversos mitos e medos que permeiam a população e impedem que procurem o atendimento, fazendo com que, muitas vezes, a procura seja apenas para realizar exodontia. O medo ainda é muito presente nas justificativas dos pacientes para não buscar o serviço, segundo as falas da equipe, seja por medo da dor ou mesmo desinformações, como a crença de que gestantes não podem realizar procedimentos dentários, prejudicando, por vezes, não somente a própria saúde como a de crianças pelas quais são responsáveis. Destaca-se, mais uma vez, a importância de ações educativas que busquem combater estas crenças e promover informação acerca da importância do cuidado com a saúde bucal.

As gestantes, no modo geral, acham que o pré-natal deve ser só o pré-natal médico e que não precisa do pré natal odontológico... (P21)

A maior dificuldade em relação às gestantes ainda é o mito de que gestante não pode passar pelo dentista, algumas ainda acreditam muito nisso ... (P2)

Elas ainda têm a crença e o medo que não podem realizar procedimentos odontológicos e, geralmente, não comparecem às consultas. (P22)

Elas próprias não querem o atendimento, elas têm muito medo ou acham que pode prejudicar... (P23)

Às vezes, elas até querem marcar para outra pessoa porque acha que não é importante para ela naquele momento e que aquilo não vai ter nenhuma diferença para ela... (P5)

A gente tenta quebrar né essa imagem que elas têm do atendimento odontológico, mas mesmo assim elas evitam o máximo o tratamento ... (P11)

...porque as gestantes têm, eu noto ainda aqui né, que elas têm um tabu assim para não vir no dentista...eu noto que elas ainda têm muita resistência... (P17)

#### 5.4 Componente Resultados

Concernente aos indicadores de saúde bucal do município de Tianguá nos anos de 2018 a 2021, apresentam-se, nas Tabelas 8, 9 e 10, os resultados encontrados.

A Tabela 7 indica que no ano de 2018 a razão entre os tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas obteve valores médios de 0,52 (DP=0,16). Já para o ano de 2021, esse valor caiu para 0,39 (DP = 0,07), atingindo valores máximos de 0,52 e mínimo de 0,30. No ano de 2020, identificou-se que durante três meses, não houve registro de dados que pudessem ser analisados. Esse indicador permite avaliar se a equipe mantém boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos).

**Tabela 7** – Tratamento concluído em relação aos anos de 2018 a 2021. Tianguá, 2022.

Ano	2018	2019	2020	2021
N	12	12	9	12
Omisso	0	0	3	0
Média (DP)	0,52 (0,16)	0,66 (0,22)	0,53 (0,13)	0,39 (0,07)

Fonte: Crédito do autor.

Quanto ao número médio de atendimentos de urgência no município de Tianguá para o ano de 2018 foi de 3,33 e, no ano de 2021, esse valor teve queda para 1,72. O indicador da cobertura de primeira consulta odontológica que reflete o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS apresentou valores de 6,63%, em 2018, e queda para 4,88% em 2021 (Tabela 8).

**Tabela 8** – Atendimentos de urgência e cobertura de primeira consulta nos anos de 2018 a 2021. Tianguá, 2022.

<b>Indicadores</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Média de atendimentos de urgência odontológica	3,33	3,20	1,71	1,72
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	6,63%	4,78%	4,86%	4,88%

Fonte: Crédito do autor.

Para o indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado que representa o indicador de atendimento odontológico à gestante na Atenção Primária como fator protetivo e de etapa de rotina do pré-natal, no primeiro quadrimestre (janeiro, fevereiro, março e abril) do ano de 2018, esse valor foi equivalente a 13%, já para o ano de 2021, no mesmo período, foi atingido o valor de 43%. A Tabela 9 sintetiza os resultados.

**Tabela 9** - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado do ano de 2018 a 2021. Tianguá, 2022.

<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>

Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
13%	17%	10%	8%	8%	6%	14%	23%	7%	43%	62%	68%

Fonte: Crédito do autor.

A Tabela 10 expressa a análise descritiva dos resultados em cada quadrimestre dos anos de 2018 a 2021. Observam-se os desvios-padrão para cada ano, bem como a média percentual atingida, os valores máximo e mínimo.

**Tabela 10** – Análise descritiva do indicador proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado entre 2018 e 2021. Tianguá, 2022.

Ano	2018	2019	2020	2021
N	3	3	3	3
Omisso	0	0	0	0
Média (DP)	13,3 (3,51)	7,33 (1,15)	14,7 (8,02)	57,7 (13,1)
Min- Máx	10-17	6-8	7-23	43-68

Fonte: Crédito do autor.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais

Ao verificar o perfil dos CD, ASB e TSB da Atenção Básica de Tianguá-CE, observou-se que a amostra foi majoritariamente do sexo feminino, com idades variando entre 29 e 55 e média de 37,7 anos. Estudos anteriores avaliaram o perfil socioeconômico de concluintes dos cursos de ASB, TSB e de CD, evidenciando forte predomínio do sexo feminino na profissão (LEITE *et al.*, 2012; RAMOS *et al.*, 2017; TONELLI *et al.*, 2018).

No que tange ao perfil desses profissionais quanto à capacitação educacional, verificou-se que a maioria possui pós-graduação em alguma área da Odontologia (58%), mas apenas dois profissionais concluíram pós-graduação especificamente na Saúde da Família/Saúde Pública (16%). Segundo Vilarinho *et al.* (2022), a educação permanente em Saúde deve ser significativa, desenvolvendo as potencialidades que a equipe da Estratégia Saúde da Família pode apresentar. Neste sentido, a não formação em saúde pública ou da família, reforça a reprodução de um modelo biomédico dominante (FERTONANI *et al.*, 2015; SCHERER; SCHERER, 2016).

Uma das propostas de substituição desse modelo biomédico consiste em um modelo assistencial que foca na integralidade e necessidades ampliadas do SUS, considerando as esferas macro e microssocial da sociedade ou comunidade atendida. A necessidade que guia esse modelo envolve a reflexão de dois aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários (FERTONANI *et al.*, 2015).

O tempo de trabalho dedicado à Estratégia Saúde da Família variou de dois até 20 anos, sendo, em média, 10 anos, aproximadamente. A média de tempo de formados foi oito anos e meio, isto é, época de avanços em programas de saúde, a exemplo do programa Brasil Sorridente que, em 2013, já contava com 22 mil equipes de saúde bucal atuando em todo território nacional (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Na identificação das Equipes de Saúde Bucal (EBS) das Unidades de Saúde, observou-se que a maioria se localizava na zona urbana (n = 10), enquanto quantitativo menor localizava-se na zona rural (n = 2) ou possui localização mista (n = 1). Destaca-se que todas as 14 unidades avaliadas estavam ligadas apenas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é responsável conjuntamente pela população

de 6 mil habitantes. Essa informação está de acordo com a Portaria 2.488 de 2011 do MS que direciona que todas as ESB devem estar vinculadas a uma ESF, compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, possuir responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF a qual integra (BRASIL, 2011). A norma estabelece ainda que a população atendida por cada equipe não deve ultrapassar 3 mil pessoas, para garantia do critério de equidade. Além disso, quanto maior o grau de vulnerabilidade da comunidade assistida de determinado território, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

## **6.2 Tríade Estrutura, Processo e Resultado**

Devido ao complexo processo de saúde e doença, a avaliação em saúde deve ser pautada em aspectos multicausais. Avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal pelas ESB no âmbito da ESF contribui para acompanhar os avanços alcançados no município, bem como pontuar os obstáculos existentes, viabilizando, assim, o direcionamento de melhorias e intervenções no processo de planejamento que promova maior eficácia.

Nesse sentido, de acordo com Ferreira *et al.* (2021), é necessário ampliar a utilização de ferramentas e iniciativas a serem aplicadas no monitoramento da ESF para fortalecer a cultura de avaliação nas instituições de saúde pública. Afinal, se não houver o conhecimento das características locais da ESF, torna-se impossível subsidiar a estruturação de avanços e superar os obstáculos existentes.

A tríade de orientação da avaliação dos serviços de saúde foi desenvolvida criteriosamente por Donabedian (DONABEDIAN, 1988), e baseia-se nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Ao considerar essa estrutura multidimensional como forma de mensurar os diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde. Com isso, possibilita-se a utilização de diferentes mecanismos metodológicos para orientar a avaliação das dimensões da qualidade da assistência das ESB (FERREIRA *et al.*, 2021).

## **6.3 Componente Estrutura**

A dimensão de estrutura avalia as condições atuais para execução da assistência à saúde e engloba os recursos humanos, materiais e físicos, as normas,

bem como as rotinas e as instalações (DONABEDIAN, 1988).

Nas Unidades de Saúde de Tianguá, os aspectos estruturais, como revestimento das paredes, piso e teto eram insatisfatórios, bem como a privacidade ao usuário no consultório. Esse parece ser um cenário comum no Brasil, pois, conforme relata Moimaz *et al.* (2014). Apesar dos cirurgiões-dentistas estarem satisfeitos com o trabalho no SUS, apontaram a necessidade de melhorar as condições físicas e sanitárias do ambiente de trabalho. Viana (2017) também aponta a importância de melhor investimento na parte arquitetônica dos consultórios odontológicos nas Unidades, respeitando normas e padrões técnicos, pois isto afeta diretamente a atenção prestada aos usuários.

Ainda consoante aos aspectos estruturais, os dados encontrados que mais merecem atenção referem-se aos recursos materiais e insumos. Alguns equipamentos imprescindíveis no consultório, como caneta de alta rotação, aparelho de rx odontológico, o macromodelo e a escova dental não estão presentes em algumas unidades. Alguns instrumentais para cirurgia e necessários em urgências dentárias também não se encontravam em parte das unidades. Estudos recentes também indicaram déficit de insumos e instrumentais necessários em Unidades de Saúde (LOPES, 2017; VIANA, 2017), o que prejudica o trabalho dos profissionais da odontologia que dependem exclusivamente dos equipamentos. Sem esse acesso, há comprometimento na prestação do serviço bucal na Atenção Básica e nos resultados da equipe.

Aspecto importante para facilitar o trabalho na Saúde Bucal na Atenção Básica são as ações voltadas para prevenção e educação, por meio de materiais educativos. Nas Unidades avaliadas, metade das equipes afirmaram não ter nenhum material. Esse fato impede maior atenção à saúde bucal, além de dificultar ações coletivas que visem promoção e prevenção de saúde. Neste sentido, Pimentel (2014b) afirma que há predominância dos procedimentos clínicos e supervalorização destes, em detrimento de ações preventivas.

Outro ponto alerta foi que a maioria das equipes não possuíam Caderneta de Saúde da Gestante para entregar às usuárias. É de conhecimento no âmbito da Atenção Básica que o cuidado da saúde bucal das gestantes é umas das prioridades do Ministério da Saúde quanto à promoção de saúde, bem como o cuidado integral da saúde materno-infantil, uma vez que doenças periodontais podem ocasionar prematuridade ou nascimento de baixo peso (BRASIL, 2022). Neste sentido, a falta de

materiais que auxiliem o cuidado integral das gestantes afeta o desenvolvimento das políticas de prevenção de atenção básica preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro.

#### 6.4 Componente Processo

A dimensão de processo se refere às atividades oferecidas pelos serviços de saúde no desenvolvimento da assistência, considerando procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica (DONABEDIAN, 1988).

A partir da análise das entrevistas, foi possível observar a dificuldade em difundir a importância do cuidado em saúde bucal não somente no tratamento, como também na prevenção de patologias, uma vez que muitos profissionais nem sentiam que conseguiam atuar em conjunto com os demais profissionais da ESF. Este dado parece acompanhar a tendência do país, na qual foi observado que, em 2016, pelo PMAQ-AB que, em pouco mais de 40% das equipes, o CD participa do acolhimento à demanda espontânea, que é importante para o acompanhamento desde a chegada ao serviço (NEVES, 2016)

Percebeu-se que este é um dos principais desafios para aplicação efetiva do princípio da integralidade, uma vez que a falta de diálogo entre profissionais impede a avaliação complexa e completa do paciente (FERTONANI *et al.*, 2015). Para este fim, além da necessidade da capacitação continuada de profissionais que participam da ESF, é necessária a implantação de estratégias de adesão dos profissionais em reuniões de planejamento, possibilitando o compartilhamento de agenda de atividades.

A carência de estrutura própria para realização das atividades surge novamente como principal limitante na visão da equipe. É necessário observar que, além de prejudicar a realização dos procedimentos em si, a falta de recursos prejudica a relação do serviço com os pacientes, uma vez que estes passam a avaliá-lo com ineficaz, diminuindo a procura e adesão ao tratamento (NEVES, 2016).

Nesse íterim, os profissionais destacaram que a ausência de insumos e a falha na manutenção periódica dos equipamentos têm sido entrave constante no processo de trabalho. Corroborando estudos de Diogénes (2016), ao identificar que fatores como esses incapacitam a equipe de saúde bucal para o atendimento clínico de pacientes por longos períodos.

É necessária a capacitação contínua dos da ESF, em especial os agentes

comunitários de saúde, uma vez que configuram como principal elo entre o serviço e os pacientes do território, ainda que esta função não seja exclusiva destes profissionais. Apesar dos avanços no cenário normativo, ainda se necessita de maior engajamento dos gestores e profissionais, em um processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de promover mudanças relevantes para as realidades locais (SCHERER; SCHERER, 2015).

## 6.5 Componente Resultado

O componente do resultado avalia a influência da interação entre o serviço de saúde e os usuários, e o impacto dessa interação na saúde de determinada população (DONABEDIAN, 1988).

Conforme descrito, observa-se que no indicador tratamento concluído, houve queda na média correspondente ao período de 2018 a 2021. Esse dado parece indicar déficit na resolubilidade dos casos que chegam às Unidades. De acordo com Viana (2017), esse indicador fornece visão geral sobre o cuidado em saúde bucal que a ESF pode oferecer, pois avalia também o número de consultas iniciais programáticas. Não obstante, esse cenário de difícil acesso a essas consultas é reconhecido na literatura, pois ainda persiste na área odontológica perspectiva biomédica e curativista voltada para um trabalho liberal, no qual a oferta em serviços de saúde bucal na atenção básica vai ser menos enfatizada por esses profissionais, resultando em menos pessoas buscando tratamento odontológico através da ESF (VIANA, 2017). De fato, ainda parece existir priorização dos serviços odontológicos privados e lacuna referente aos modelos de atenção à saúde (CHAVES *et al.*, 2017).

Referente ao indicador atendimentos de urgência e cobertura da primeira consulta, também se observou queda substancial nas médias entre os anos de 2018 e 2021. De acordo com Tanaka (2011), número menor de atendimentos em urgência refletem a oferta dos serviços, pois melhor cobertura em saúde bucal, através da atenção básica, pode diminuir as urgências dos usuários. Contudo, ao considerar o indicador da cobertura da primeira consulta, observa-se queda na média durante os anos. Isso pode sugerir lacuna no acesso da população aos serviços odontológicos de maneira individual. É importante ressaltar que esse indicador pode estar relacionado com o aspecto estrutural, no qual a escassez de insumos ou instrumentos pode reduzir essa oferta, como também ter impacto na razão entre tratamento concluído e a primeira

consulta. Como constatado por Ferreira (2011), a dimensão estrutural ou física do Centro de Saúde da Família tem potencial explicador quando se refere à avaliação do componente resultado.

Outro indicador importante, o da proporção de gestantes com atendimento odontológico, obteve aumento na média durante os anos de 2018 e 2021. De acordo com a PMAQ - AB, esse indicador corresponde ao desempenho das ESB, especialmente na área estratégica de Saúde da Mulher, que consiste em prevenir agravos de saúde bucal que comprometam a gestação e está fortemente ligado à Atenção Básica (BRASIL, 2022). Em estudo que mediu esse indicador foram apresentados dados similares, constatando-se aumento a essa assistência. Contudo, para que se alcance nível satisfatório de atendimentos, é imprescindível fortalecer e expandir a atenção às gestantes como preconizado na Política Nacional de Saúde Bucal (LARÊDO *et al.*, 2022). Deve-se ressaltar, ainda, conforme descrito nos aspectos estruturais que, em algumas Unidades, não existiam alguns materiais, como a Caderneta da Gestante, o que pode dificultar a oferta de atenção integral às gestantes.

## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos resultados encontrados neste estudo, algumas limitações durante o desenvolvimento da pesquisa precisam ser elencadas, dentre elas:

- A avaliação do componente processo foi baseada apenas na técnica de entrevista. O método de coleta de dados observação participante poderia informar de modo mais aprofundado o processo de trabalho, isso reduziria o viés de informação e memória, que podem ter influenciado as respostas dos profissionais participantes.
- Seria importante o envolvimento dos atores assistidos pelas equipes, isto é, amostra da população que é atendida pelas ESF para serviços de saúde bucal, oferecendo avaliação na percepção do usuário, que seria fundamental para efetiva avaliação e qualidade do serviço prestado. Por isso, sugere-se que novas investigações sejam realizadas em estudos futuros, que objetivem ampliar o público-alvo da pesquisa.
- No entanto, as limitações elencadas não diminuem a importância das informações levantadas, que contribuirão tanto para o município, quanto para o desenvolvimento de estudos avaliativos posteriores ou em outras localidades.

## 8 CONCLUSÃO

O presente artigo inovou, ao executar metodologia avaliativa da qualidade dos serviços de saúde bucal no município de Tianguá-CE, que abrange as três dimensões de Donabedian (estrutura, processo e resultado). As informações levantadas nessa avaliação oferecem contribuições relevantes para tomada de decisão no âmbito da assistência e gestão que, posteriormente, ajudarão no desenvolvimento dos serviços prestados pelas equipes de saúde bucal, compostas por odontólogos, auxiliares e técnicos.

De modo geral, observam-se alguns desafios a serem superados, para que as políticas de Atenção Básica e de Saúde Bucal sejam implementadas de fato, cenário presente em todo o Brasil, conforme apresentado na literatura. Esses desafios apareceram em todos os componentes aqui analisados. A estrutura das Unidades ainda não se apresenta de forma satisfatória, pois tanto a estrutura física dos consultórios, como a carência de equipamentos ou insumos impedem que os profissionais, por mais qualificados que sejam, possam exercer o trabalho em totalidade.

O processo de trabalho da equipe de saúde bucal é impactado em grande parte pela aplicação deficitária do princípio de integralidade, uma vez que a atuação dos profissionais desta equipe é vista como independente do restante da equipe em Saúde da Família. Portanto, é necessário criar estratégias que promovam a ação conjunta da ESB com demais profissionais, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, para que atuem em conjunto, a fim de trazer atenção da população atendida à prevenção e ao cuidado da saúde bucal.

Esses desafios impactam o componente resultados, que apresentaram alguns indicadores em déficit. Esses desafios não são recentes, mesmo com investimento e elaboração de novas políticas públicas ou programas de fortalecimento à Atenção Básica, não foram superados. Isso sugere melhor articulação entre as gestões municipais e as equipes das Unidades, buscando alcançar o objetivo comum de fortalecer o SUS.

Dessa maneira, espera-se que esse estudo contribua para o aprimoramento e fortalecimento das práticas assistenciais das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde do município em estudo, bem como possibilite a reorientação dos processos de trabalho. Além disso, pode fornecer subsídios para o planejamento e tomada de decisões por parte dos gestores e das equipes com o objetivo de melhorar

a qualidade da atenção aos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ALLIN, S.; STABILE, M. Socioeconomic status and child health: what is the role of health care, health conditions, injuries and maternal health? **Health Econ Policy Law.**, [S.l.], v.7, n.2, p.227-242, 2012.
- ALMEIDA, J. R. S. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a odontologia. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, 2022. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040398>
- ALMEIDA, E.R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, México, v.42, e180, 2018.
- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.
- ANJOS, F. S. *et al.* Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saude**, Curitiba, v.10, n.3, p.601-607, 2011.
- AMARAL JÚNIOR, O. L. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus, actas de Saúde Colet**, Brasília, v.14, n.1, p.143-159, 2020.
- ARRAIS, M. G. S. **Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil**. 2019. 80f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.
- ARRAIS, M. G. S.; RONCALLI, A.G.; ROSENDO, T. S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, e310203, 2021.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G., BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Bahia, v.31, Supl. 1, p.20-31, 2007.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.239-248, 2015.
- BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.esp. 1, p. 145-162, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Reimpressão da Edição revista e atualizada de 2009. São Paulo: Edições 70, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NT 12/2022**, que atualiza a Nota Técnica nº 11/2022 - Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; nº 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf). Acesso em: 24 dez.2022.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2000; 28 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 27 dez. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)– Terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2022-SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BAMBRA, C. *et al.* Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. **J Epidemiol Community Health.**, Estados Unidos, v.64, n.4, p.284-291, 2010.

BREILH, J., 1991. **Epidemiologia, Política e Saúde**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da Unesp/Hucitec, 1991.

BOING, A.F. *et al.* Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. **Rev Bras Epidemiol.**, Brasília, v.17, supl 2, p.102-115, 2014.

BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. **Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BOTAZZO, C.; PIRES, F. S. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.273-284, 2015.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1988.

- CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p.140-157, 2014.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.
- COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.92-100, 2012.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos.. **Caderno de informação técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, 2).
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A (org.). Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, 2006.
- DE BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
- DIÓGENES, V. C. N. **Avaliação da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família**. 2016. 118f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri, Crato, 2016.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. vol. I, p. 331.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**, Estados Unidos, v.20, p. 975-992,1982.

- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Estados Unidos, v.114, p.1115-1118, 1990.
- DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Estados Unidos, v.18, p.356-360, 1992.
- DOS SANTOS, S. C. M.; DE SOUSA, J. R. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.
- FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, e3880014, 2016.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In.* MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D'A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.43-67.
- FERREIRA, J. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en enfermaria**, Bogotá , v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021.
- FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: CEPEDOC, 2007.
- FREEBORN, D. K.; GREENLICK, M. R. Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. **Medical Care**, Estados Unidos, v.11, suppl., p.68-75, 1973.
- FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.5, p.812-820, 2006.
- GARBIN, C.A.S. *et al.* O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **ABENO**, [S.l.], v.6, p.6-10. 2006.
- GONDIM, R. *et al.* **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.
- GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GUIZARDI, F.L. *et al.* A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 153-177.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JUNQUEIRA, S.R, FRIAS, A.C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. *In*: RODE, S.M.; NUNES, S.G. (orgs). **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

JUNQUEIRA, S.R.; PANNUT, C.M.; RODE, S.M. Oral Health in Brazil—Part I: Public Oral Health Policies. **Braz Oral Res.**, Estados Unidos, v.22, n.esp., p.8-17, 2008

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p.S9-S19, 2012.

LARÊDO, G. B. S. *et al.* Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do Previne Brasil. **Revista Ciência Plural**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.1-12, 2022.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 2, p.15-27, 1999.

LEITE, D. F. B. M. *et al.* Perfil socioeconômico dos alunos concluintes dos cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 95-101, 2012.

LOPES, J. **Avaliação da infraestrutura dos serviços de saúde bucal na atenção primária por meio da avaliação externa do PMAQ-AB, no Brasil**. 2017. 82f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.373-382, 2014.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Abrasco, 2003. p. 45-59.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MERHY, E. E. **A saúde pública como política.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MOIMAZ, S. *et al.* Work conditions and occupational health of dentists in Brazilian Public Health System. **Medicina y seguridad del trabajo**, Madrid, v. 60, n. 234, p. 44-52, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MORETTI, A.C. *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, Suppl 1, p.1827-1834, 2010.

MOYSÉS, S.J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Rev Bras Odontol.**, São Paulo, v.16, p.10-13, 2008.

NEVES, M. **Integralidade da atenção básica à saúde bucal no Brasil: análise dos dados do PMAQ-AB.** 2016. 82f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J Nurs Health**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines.** Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve: OPA, 1964. (Publicación Científica, n.93).

PAIM, J. S. A reorganização das práticas em Distritos Sanitários. *In*: MENDES, E.V. (org.). Distrito Sanitário. **O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. pp. 187-220.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 4, n. 6, p.151, 2000, p. 151.

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

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 39, n. 104, p. 268-278, 2015.

PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**, São Paulo, v.4, n.2, p.191-217, 2018.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.273-284, 2015.

PUCCA JÚNIOR, G. A. **Política nacional de saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso**; o caso Brasil sorridente. 2013. 99f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RAMOS, J. T. *et al.* Satisfação profissional de Auxiliares de Saúde Bucal de um município do sudoeste da Bahia. **Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only)**, Estados Unidos, v. 8, n. 2, p. 43-50, 2017.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2871-2880, 2008.

RUNDALL, T. G. Health planning and evaluation. *In*: LAST, J. M.; WALLACE, R. B. (orgs.). 13. Ed. **Public Health & Preventive Medicine**. Connecticut: Appleton & Lange (Maxcy-Rosenau-Last), 1992. p. 1079-1094.

SANTOS, A.P.P.; NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B. H. Survey of Brazilian governmental health agencies shows conflicting recommendations concerning oral hygiene practices for children. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.1457-1463, 2010.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 98, 2015.

SCHNEIDER, E. M.; FUJII, R. A. X.; CORAZZA, M. J. Pesquisa quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n.9, p.569-584, 2017.

SHIGUNOV NETO, A.; TEIXEIRA, A. A.; CAMPOS, L. M. F. **Fundamentos da ciência administrativa**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2005.

SILVA, A. C. R. M.; MOLARI, M. Oral Health in Primary Care through the Family Health Strategy. **J Health Sci.**, Estados Unidos, v.21, n.2, p.139-143, 2019.

SILVESTRE, J. A. C.; DE AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

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

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev Bras Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183- 206.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In: LIMA, N. T. et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, 2018.

VAZQUEZ, F.L. *et al.* Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.245-255, 2014.

VILARINHO, S. M. M.; MENDES, R. F.; PRADO JÚNIOR, R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Rev Odonto Ciênc.**, [S.l.], v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.

VIANA, I. B. **Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco**. 2017. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

WARMLING, C.M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E.T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v.23, e180398, 2019.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Sou Luana Silva Sousa, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, tendo como nucleadora a Universidade Vale do Acaraú (UVA). Estou desenvolvendo, nesse momento, um trabalho cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Tem como objetivos específicos: verificar dentro do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família os fatores facilitadores e restritivos para o desempenho do mesmo; descrever a estrutura existente nas equipes da saúde bucal a partir das condições de infraestrutura e insumos disponíveis; identificar os resultados em relação à assistência prestada pelos cirurgiões-dentistas através dos indicadores em saúde bucal do município de Tianguá.

Para a reorganização dos processos de trabalho e da assistência prestada nas unidades básicas de saúde faz-se imprescindível a avaliação dos serviços públicos odontológicos, seja com a finalidade de obter melhor caminho para utilização dos recursos, seja para servir de base para planejamentos ou, ainda, para inspecionar o impacto das práticas e dos serviços. Para os participantes, os benefícios da pesquisa serão a possibilidade de auxiliar na reorganização do seu processo de trabalho.

Neste sentido, estou solicitando sua contribuição nesse estudo.

Deixando claro que as perguntas não lhe trarão nenhum prejuízo e nenhum custo. Onde o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento sem que isto traga qualquer problema para você ou seu trabalho. Além disso, essas informações são **sigilosas**, e principalmente seu nome não será em nenhum momento divulgado. Garantimos que as informações serão usadas apenas para a realização do nosso trabalho e, também, lhe asseguramos que a qualquer momento poderá ter acesso às informações que estamos colhendo, como também esclarecer suas possíveis dúvidas.

Após ser esclarecida sobre as informações referentes a pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento na Rua Projetada 03, nº 26, Bairro Frecheiras. Cidade Tianguá - CE.

E-mail: luanas\_sousa@hotmail.com

Telefone para contato: (86) 99834-9163

Diante disso, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Orientadora

\_\_\_\_\_  
Participante ou responsável legal

### **CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ-CE”**, e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar meu consentimento.

Tianguá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Participante ou responsável legal

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO VIRTUAL

### **Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Tianguá, CE**

Olá, somos pesquisadores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, tendo como nucleadora a Universidade Vale do Acaraú (UVA) e estamos convidando você a participar da pesquisa Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Tianguá-CE que objetiva avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

#### **Perfil do cirurgião dentista**

1. Gênero

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

2. Idade

3. Tempo de Formado

4. Possui Pós-Graduação em Saúde Pública/Saúde da Família?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

5. Possui Pós-Graduação em outra área?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

6. Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

---

**PARTE I - COMPONENTE ESTRUTURA**

7. Localização da UBS

*Marcar apenas uma oval.*

Zona Urbana

Zona Rural

Mista

8. Esta ESB está ligada a quantas equipas de Saúde da Família (ESF)?

Qual o número de pessoas acompanhadas por essa equipa (população adscrita)?

**Recursos Humanos**

9. A equipa é composta por

*Marque todas que se aplicam.*

Cirurgião-dentista

Auxiliar em Saúde Bucal

Técnico com Saúde Bucal

**Estrutura Física E Ambiente**Áreas físicas

10. A unidade dispõe de recepção/sala de espera em boas condições de limpeza?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

11. Possui lugares suficientes para os usuários aguardarem?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

12. A unidade dispõe de sala para atividades em grupo e/ou ações educativas?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

13. A unidade dispõe de sala para acolhimento?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. A unidade dispõe de sala específica para o consultório odontológico com banheiro?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

15. Se a resposta anterior for SIM, responder: Em condições de uso e adequada limpeza?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. A unidade dispõe de escovódromo?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**Estrutura Física E Ambiência**Características estruturais

17. As áreas de apoio são limpas e organizadas?

Sim

Não

19. Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

20. Os ambientes dispõem de boa iluminação?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

21. Os ambientes dispõem de pisos, paredes com superfícies laváveis?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

22. O consultório odontológico da unidade de saúde permite privacidade ao usuário?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

23. Os ambientes da unidade dispõem de janelas ou de ventilação artificial adequada?

Sim

Não

24. Os ambientes da unidade dispõem de boa iluminação?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

25. Os ambientes da unidade dispõem de paredes revestidas completamente com material lavável e de superfície lisa?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

26. Os ambientes da unidade dispõem de teto revestido com material lavável e de superfície lisa?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

27. Os ambientes da unidade dispõem de pisos revestidos com material lavável e de superfície lisa?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

28. As portas da unidade são revestidas por material lavável?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

29. As janelas são seguras, de fácil manutenção e proporcionam privacidade dos ambientes?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

*A equipe dispõe em sua unidade dos seguintes equipamentos e mobiliários:*

30. Amalgamador

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

31. Ar condicionado

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

32. Avental de chumbo

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

33. Cuspideira

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

34. Mocho

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

35. Unidade Auxiliar

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

36. Caneta de baixa rotação

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

37. Fotopolimerizador

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

38. Ultrassom Odontológico

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

39. Negatoscópio

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

40. Estufa

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

41. Armário Vitrine

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

42. Duas cadeiras

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

43. Aparelho de Rx Odontológico

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

44. Autoclave

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

45. Cadeira Odontológica

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

46. Refletor

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

47. Sugador

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

48. Caneta de alta rotação

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

49. Compressor de ar com válvula de segurança

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

50. Jato de bicarbonato

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

51. Macro modelo da arcada dentária e escova dental

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

52. Caixa de revelação (câmara escura)

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

53. Mesa de escritório

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

54. Balde porta-detrítos com pedal

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

55. Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem condições de uso

56. Se a resposta anterior for SIM, responder: Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?

***A ESB dispõe do seguinte instrumental para atendimento:***

57. Bandejas de aço Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

58. Espelho clínico Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

59. Pinça clínica em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

60. Sonda exploradora Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

61. Aplicadores De Hidróxido de Cálcio em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

62. Brunidores para restauração de amálgama Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

63. Condensadores para restaurações de amálgama Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

64. Escavadores de dentina Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

65. Espátula de inserção de resina Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

66. Placa de vidro Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

67. Porta amálgama Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Não

Sim

68. Porta-matriz Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

69. Curetas periodontais Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

70. Pedra de afiar curetas periodontais Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

71. Sonda milimetrada Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

72. Alveolótomo Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

73. Alavancas Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

74. Cabos para bisturi Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

75. Curetas cirúrgicas Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

76. Fórceps (infantil) Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

77. Fórceps (adulto) Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

78. Porta agulha Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

79. Seringa carpule Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

80. Sindesmótomo Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

81. Tesouras cirúrgicas Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

82. Cânula para aspiração endodôntica Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

83. Escavadores para pulpotomia Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

84. Limas endodônticas Em quantidade suficiente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**A equipe dispõe dos seguintes materiais e insumos na USF:**

Marcar uma das três respostas, conforme: 1. Sim; 2. Não; 3. Insuficiente.

85. Selante

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

86. Resina fotopolimerizável

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

87. Fio de sutura

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

88. Agulhas

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

89. Gaze

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

90. Rolos de algodão

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

91. Flúor em gel

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

92. Amálgama

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

93. Ionômero

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

94. Anestésico

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Insuficiente

95. Você dispõe rotineiramente de quais EPIs e materiais de Biossegurança?

*Marque todas que se aplicam.*

- Luvas
- Gorro
- Máscara N95
- Máscara tripla
- Óculos de proteção
- Protetor facial (face shield)

96. Você dispõe de quais materiais educativos para ações coletivas de saúde bucal?

*Marque todas que se aplicam.*

- Folder
- Álbum Seriado
- Kits de higiene bucal
- Não disponho de nenhum material
- Outro: \_\_\_\_\_

97. Dispõe de receituários?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

98. Dispõe de prontuários com odontograma?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

99. Possui mapa para registros de atendimento diário?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

100. Você tem no consultório a Caderneta de Saúde da Gestante para entregar a paciente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sempre disponível

As vezes disponível

Nunca disponível

101. Se a resposta anterior for positiva, responder: Você faz o acompanhamento da Gestante com esta Caderneta?

*Marcar apenas uma oval.*

Sempre

Não

Nunca

**APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS  
DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

- 1) Como você avalia o seu processo de trabalho na Saúde da Família?
- 2) Quais os fatores facilitadores e os restritivos do trabalho odontológico dentro da Estratégia de Saúde da Família?
- 3) Qual sugestão você daria para melhoria dos serviços prestados na Atenção Básica?
- 4) Qual a forma de acesso aos serviços odontológicos na UBS?
- 5) Quais as principais dificuldades enfrentadas por você para a realização das ações de cuidado à gestante no tocante a recursos físicos, materiais e humanos?
- 6) O que você traria de sugestão para a pergunta anterior?

## APÊNDICE D – ITINERÁRIO

1. P22:” aqui tem uma reunião por mês...a gente se reúne com agentes de saúde, enfermeiro e técnicos para planejarmos as ações do mês.”
2. P7:” A gente se reúne quando tem reunião de mapa no começo do mês e qualquer outro tipo de reunião a gente sempre tá junto.”
3. P9:”...e nada como as reuniões para cada um falar alguma coisa dizer o que tá certo e o que tá errado e cabe a cada um saber o que deve fazer no seu local de trabalho, na sua profissão...”
4. P19:” Geralmente a gente se reúne no primeiro dia do mês, onde a gente discute e conversa sobre a nossa programação do mês.”
5. P16:” E o que dificulta... a distância da Unidade...”
6. P19:” O que facilita para mim é o percurso da minha casa até aqui né, até no posto.”
7. P2:” tenho tanto uma boa relação com a equipe quanto com a população então nesse sentindo a coisa flui da maneira que eu acredito que seja a correta.”
8. P9:” é uma comunidade boa de se trabalhar também. A carência aqui também é pouca e varia muito de localidade...”
9. P13:” no termo geral temos uma boa relação com a equipe e com a população. Eu acredito que o vínculo contribui muito, o vínculo com o passar dos anos, então ter já estabelecido esse vínculo com a comunidade dentre muitos anos já contribui para uma segurança tanto da comunidade...”
10. P25:” meu relacionamento com os pacientes é bom, com a comunidade também...”
11. P10:” A comunidade é muito acolhedora né, a gente é acolhida muito pela comunidade.”
12. P21:” Sempre tentamos alinhar nosso trabalho com o restante dos profissionais.”
13. P3:” O que facilita eu acho que é a dinâmica em equipe que a gente conseguiu construir aqui que o médico me encaminha alguns pacientes, eu encaminho alguns pacientes para ele então essa troca entre a equipe acaba abrangendo o paciente de uma forma mais integrada.”

14. P6: "a gente tem essa liberdade de trabalhar em equipe e saber exatamente conhecer o perfil do paciente de forma mais clara, tanto através do agente de saúde, como dos profissionais que atendem na atenção básica como enfermeiro e médico e até aprendendo mais sobre as diversas patologias e não focar apenas nas patologias bucais."
15. P11: "As gestantes tem um dia específico que a gente atende todas as gestantes que estão agendados tanto para o médico como para enfermeira."
16. P12: "A gestante já vem com o pré-natal com a doutora ou com a enfermeira e já fica para o nosso atendimento"
17. P14: "e as gestantes a gente já pega lá no pré-natal"
18. P17: "as gestantes são marcadas na recepção que são as gestantes atendidas na médica ou enfermeira e nesse dia todas vem pro dentista."
19. P17: "Eu deixo para fazer o atendimento da gestante no dia que ela vai para o pré natal médico..."
20. P16: "Eu deixo para fazer o atendimento da gestante no dia que ela vai para o pré natal médico..."
21. P2: "...e a equipe é a mesma e a gente tem um bom relacionamento acredito que o processo de trabalho é bom."
22. P7: "A convivência é muito boa, a gente se dá com todo mundo e o que a gente pode fazer um pelo outro a gente faz."
23. P14: "em relação ao meu trabalho, assim, eu me dou bem com a equipe toda..."
24. P15: "na minha unidade é bem tranquilo né, por conta que a equipe é bem unida e tudo..."
25. P20: "a questão de trabalho junto à equipe ela é bem proveitosa, pois a gente tem uma equipe mais ou menos unida..."
26. P21: "o processo de trabalho eu avalio como bom. A gente tem uma boa relação..."
27. P1: "...na equipe da Ilha das Flores que é tipo muito unida, todo mundo colabora muito para ajudar a comunidade."
28. P4: "o fator que facilita muito é a harmonização entre a equipe..."
29. P9: "a avaliação do atendimento odontológico aqui do meu PSF, eu avalio que é um atendimento bom referente aos profissionais em si."
30. P11: "eu acredito que a interação com a equipe de saúde da família, embora seja um pouco restrita é uma relação tranquila, a gente consegue conversar bem..."

31. P13: "...eu vejo como o engajamento da equipe, da minha própria equipe como dentista e auxiliar né, um bom relacionamento torna o trabalho mais prazeroso e mais facilitador no dia a dia."
32. P14: "E o que facilita é o trabalho em equipe, eu acho que é o primordial, a gente trabalhar em equipe e se dar bem com a equipe da gente, então isso é a parte que facilita."
33. P15: "... fatores que facilitam o atendimento é a parceria com a minha dentista né, ela é uma pessoa super cabeça aberta e é um trabalho em conjunto, não tem diferença de nível de escolaridade."
34. P21: "O que facilita é a parceria entre a equipe de saúde bucal né, no caso."
35. P23: "O que facilita meu trabalho é o bom relacionamento com a dentista... com a profissional, pois nos damos muito bem."
36. P24: "O que facilita é justamente a minha relação de trabalho com a minha auxiliar porque a gente tem uma relação muito boa, a gente se entende muito bem, então isso facilita o nosso trabalho aqui no consultório."
37. P25: "o que facilita é eu ter uma boa comunicação com a doutora, a gente se dá super bem, então assim, graças a Deus a nossa relação é de boa e a gente se dá super bem."
38. P9: "...aqui é um posto sossegado, não tem muita dificuldade, não tem muito problema..."
39. P19: "quando o enfermeiro manda elas virem até a gente né, até o dentista..."
40. P21: "A gente até já tem conversado sobre isso aqui na nossa equipe para sempre eles estarem repassando informações para as iniciantes que estão começando agora que precisam passar pelo pré natal odontológico."
41. P17: "A gente tenta sempre fazer o possível para atender as pessoas com responsabilidade, com integralidade e equidade."
42. P3: "E a questão do material é uma coisa que já não depende da gente, seria mais controle de gestão mesmo, de coordenação..."
43. P16: "...só o agendamento da sede do distrito é feito diretamente comigo para que não haja interferência política dos mais distantes."
44. P15: "Então, a maioria dos pacientes chegam até a gente na unidade de saúde e agenda diretamente com a gente."

45. P16: "forma de acesso é diretamente comigo... o paciente chega, geralmente ele já procura a Rosa, aí a Rosa me avisa quem são os pacientes de primeira escuta, aí eu faço avaliação desse paciente, faz o odontograma dele e faz a marcação direto."
46. P17: "A forma de acesso do nosso paciente é diretamente com a gente aqui no consultório."
47. P19: "O paciente vem na unidade, geralmente quem marca aqui na unidade é o Dr., o dentista mesmo..."
48. P19: "...então o agendamento e a forma de acesso ao serviço são através do contato com a equipe e principalmente do contato com o profissional mesmo dentista."
49. P21: "Eu que faço o agendamento, às vezes os ACS fazem esse encaminhamento para unidade né, orientam para eles virem procurar."
50. P23: "A forma de acesso do paciente...eu sempre marco, sou eu mesma que marco no início do mês..."
51. P14: "E outra, assim, de material é coisa da gestão mesmo... eles resolvem com uma comprinha e resolveria esse caso..."
52. P11: "Os pacientes que ficam em tratamento eles ocupam essa vaga até o momento da alta..."
53. P12: "Gosto de deixar também um dia de retorno."
54. P17: "sempre deixando um dia ou mais de um dia, tipo, dois turnos do dia ou então pelo menos três turnos para retorno da semana que passou né."
55. P24: "...quando é tratamento eles vêm pelas agentes de saúde ...
56. P15: "é um distrito pequeno e tem algumas agentes de saúde... e elas, na verdade, tem uma que é orientada, as outras são só de enfeite."
57. P5: "Eu acho que falta uma capacitação generalizada de todos os agentes de saúde com relação ao pré-natal odontológico...como a capacitação não só dos agentes de saúde como dos gestores da atenção básica em colocar o pré-natal odontológico como uma rotina né, eles tratam como opção e não como rotina e o ideal seria o tratamento odontológico como uma rotina e não como uma opção"
58. P4: "Uma capacitação sobre a importância do pré natal odontológico para os agentes comunitário de saúde."
59. P8: "capacitar a equipe desde o atendimento da recepção e mostrar para elas que elas têm a obrigação... são obrigadas a fazerem um atendimento odontológico..."
60. P19: "eu acho que uma capacitação da parte da equipe dos ACS para conscientizá-las da importância do pré-natal odontológico."

61. P11: "atendemos também demanda de urgência emergência e os atendimentos agendados."
62. P8: "E também temos atendimento de urgência que são aqueles pacientes que sentem dor e que ele vem e a gente já faz o atendimento de urgência naquele momento."
63. P11: "Temos também o atendimento de urgência que nesses casos a gente sempre tem vaga disponível porque eu preciso atender o paciente que tem essa demanda de urgência..."
64. P13: "E também na demanda espontânea que eles procuram tanto em urgência, que a gente resolve no dia..."
65. P18: "E no caso de urgência, tem atendimento e entrada livre."
66. P19: "Quando chega às urgências é atendido do mesmo jeito né, faz o atendimento de urgência..."
67. P21: "Quanto às urgências, a demanda de urgência a gente recebe todo dia sem agendamento prévio... pode chegar na unidade, se for realmente caso de urgência, a gente já atende sem agendamento."
68. P24: "E as urgências né, o paciente chega e se for urgente é atendido na mesma hora."
69. P26: "...Urgência a gente atende na hora..."
70. P8: "...e aqui a gente faz tudo para que o paciente seja atendido durante o mês."
71. P9: "...caso de urgência eu peço para falar com a doutora, aí no caso ela vai examinar e ver o que deve ser feito, se for caso de medicação ela passa medicação, agora se tiver algum procedimento vai o encaminhamento pro CEO..."
72. P14: "e os casos de urgência eles vão no consultório com a urgência e a gente já marca o procedimento que faz depois da urgência ."
73. P17: "A gente sempre procura fazer a marcação olhando a necessidade do paciente, paciente que tem mais vulnerabilidade a gente faz a marcação, faz os retornos com mais frequência e são aqueles que a gente sabe que não tem ajuda de agente de saúde para dar uma informação, a gente tem um cuidado mais especial."
74. P18: "... se chegar com uma dor ou com infecção ou qualquer dúvida também, caso de dúvidas, a gente sempre faz avaliação e faz as orientações cabíveis a cada caso."
75. P19: "... e para o acesso o paciente vem à procura, ele avalia e agenda."

76. P23: "mas sempre deixo algumas vagas para quando vier um paciente eu sempre tá marcando e não deixar o paciente voltar."
77. P10: "Falta um pouco de humanização no atendimento..."
78. P6: "eu acho que o próprio paciente teria que marcar a sua consulta né, e não agente de saúde ficar responsável por essa função e quase todos os postos de saúde é o agente de saúde que tem essa função"
79. P26: "A gente tem um limite de vagas, dentre outras coisas que também acontecem no cotidiano..."
80. P6: "E de certa forma ou não isso faz com que uma pessoa que esteja necessitando muito termina tendo acesso limitado ao serviço odontológico."
81. P16: "aí eu encaminho todo mês quais são os serviços que estão sendo ofertados na unidade. Quando tem extração, tem o material completo de extração, então a gente vai fazer extração."
82. P1: "Mas tá sendo maravilhoso tanto para mim que tá adorando quanto para a população que também já tá tendo acesso à saúde bucal né"
83. P17: "A nossa área é uma área grande, mas é de fácil acesso à população."
84. P15: "Na minha unidade o paciente tem um acesso mais livre ... Se o paciente chegar hoje e a gente tiver vaga é atendido."
85. P8: "Além de que durante o mês nas quartas-feiras são atendimento de gestantes, sempre nas quartas de manhã a gente atende as restantes."
86. P11: "As gestantes tem um dia específico que a gente atende todas as gestantes ..."
87. P12: "E as nossas gestantes é toda terça-feira..."
88. P17: "A gente já separa as terça-feira que só atende gestante..."
89. P25: "Toda quarta-feira a gente atende a gestante mesmo que elas não queiram a gente vai lá e conversa e elas vem."
90. P1: "fora que aqui tem 3 áreas descoberta e três cobertas então a metade da área não tem agente de saúde."
91. P3: "o que mais me deixa ainda incomodada é a forma de acesso, porque nós temos muitas áreas descobertas, nós temos quatro áreas descobertas, e infelizmente, a comunicação."
92. P1: "agora o que dificulta é realmente atender essa demanda que não tem agente de saúde."

93. P10:” E o que dificulta mesmo é a falta de agente de saúde por conta que tem muitas áreas descobertas.”
94. P20:” um fator bastante restritivo no trabalho é na questão da promoção de saúde, pois a secretaria de saúde não disponibiliza diariamente, né, para a equipe saúde bucal meios para gente tá fazendo essa promoção de saúde.”
95. P1:” também a questão do material educativo, material impresso, folders educativos, banners também, para a gente poder tá fazendo esse trabalho educativo com a comunidade...”
96. P1:”a falta de recurso de material impresso mesmo, do material impresso para as sessões educativas.”
97. P10:”Falta material educativo que não tem ...”
98. P13:”A questão de recursos materiais para ações educativas, macromodelos. nós não dispomos na unidade, disso, por exemplo, kit higiene completo com fio dental...”
99. P24:”Agora assim, dificilmente eu faço palestras, essas coisas, porque se for para fazer eu tenho que trazer, eu tenho que confeccionar...”
100. P1:”...e melhorar também a questão dos materiais para essas ações, macromodelos, folders explicativos.”
101. P24:”ser a disponibilidade de mais materiais que a gente se empolgue, que a gente quer fazer uma boa ação para poder mostrar para elas e ter uma coisa facilitadora que seria justamente os materiais para a gente poder fazer essa ação junto com gestantes.”
102. P3:” eu sempre gostei de trabalhar com tratamento continuado só que eu não consigo fazer isso...”
103. P5:” nem todo mundo a gente consegue fazer um bom trabalho, porque às vezes a gente tem que enviar algum recado para o paciente pelo agente de saúde e raramente a gente quando entra tem que dar para o agente saúde e raramente o agente de saúde consegue entrar em contato”
104. P24:” mas é cada um na sua, entendeu? não tem essa interação com a equipe, principalmente, eu não sei, assim, médico com enfermeiro... eu não sei muito bem, porque realmente aqui a odontologia é um pouco separada do restante da unidade.”
105. P25:” só que com a equipe não é tão boa, porque a gente não se relaciona bem devido... não sei... a odontologia para eles acho que não é uma coisa assim... tipo, só

funciona eu e a doutora, porque eles mesmo... tipo, reunião, essas coisas, a gente não tem aquele engajamento.”

106. P24:” Agora o que restringe é a comunicação com o restante dos profissionais, principalmente com as agentes de saúde.”

107. P6:” E o próprio agente saúde ao se referir à odontologia ele sempre coloca a odontologia como um tratamento, como algo que vai recuperar sua saúde, então ele sempre coloca como medida curativa e não como medida preventiva...”

108. P4:”Falta de consciência do agente comunitário de saúde da importância do pré natal odontológico...”

109. P1:”...Uma maior conscientização até mesmo dos profissionais não dentistas de sempre enfatizar a importância da saúde bucal nesse processo...”

110. P6:”a odontologia é um pouco separada das ações da equipe de estratégia saúde da família, especialmente o agente de saúde que eu acho que é que mais deixa a desejar no meu processo de trabalho.”

111. P11:” Com a equipe de saúde da família mesmo o nosso relacionamento ele é bem pouco, a gente só trabalha junto quando tem alguma atividade específica no posto de saúde, algum dia “D”...”

112. P12:” mas de ter participação a equipe de saúde bucal com eles não tem muito essa relação...”

113. P20:” não sou tão envolvido com todas as questões necessárias que deveriam ser feitas no posto...”

114. P24:” Então acabou que não tem essas reuniões integrando a unidade, não tem nenhuma ação conjunta.”

115. P16:” A gente só tem uma agente de saúde que é um pouco mais problemática, mas essa que eu escolho atender diretamente o paciente, sem intervenção dela.”

116. P24:”... e a gente pede para poder fazer o agendamento que elas mandem os pacientes para cá, só que as vezes é uma bagunça, elas não mandam o nome e eu tenho que ficar insistindo para mandar.”

117. P1:”...e a questão de que a nossa marcação, ela é bem independente, ela não é integrada com a equipe, acaba sendo um setor à parte.”

118. P11:” Outra coisa que poderia melhorar o serviço seria uma melhor interação entre todos os integrantes da equipe de saúde.”

119. P25:”...reunião que eu falo é com a equipe toda completa, porque essa união não tem aqui.”

120. P18: "e também o alinhamento, como já falei anteriormente, alinhamento com o restante da equipe para que seja orientado sobre a devida importância..."

121. P15: "mas eu acho que dá uma ênfase maior na questão da gestante dentro da unidade de saúde né..."

122. P6: "pelo menos na área que eu atuo que é a odontologia né, eu sinto que não há uma cooperação de toda a equipe para que os procedimentos odontológicos sejam realizados de uma maneira mais eficaz..."

123. P10: "A gente só se reúne a equipe toda quando tem entrega de mapa... que se reúne para fazer o mapa e a produção da equipe né"

124. P11: "mas geralmente a equipe de saúde bucal trabalha um pouco a parte da equipe de saúde da família o que não é o ideal né."

125. P18: "eu traria como sugestão, primeiramente, mais alinhamento com outros profissionais..."

126. P12: "mas nem todo mês tá tendo reunião para a gente conversar, botar a dificuldade que cada um tá tendo..."

127. P24: "Não tem essa questão de reuniões, por exemplo, eu vinha nas primeiras reuniões, mas as vezes nem tinha e eu acabei nem participando mais."

128. P2: "Com a mudança do consultório pra cá a coisa ficou bem melhor. Em termos de estrutura a gente tá bem né."

129. P4: "o fator que facilita muito é a estrutura do prédio."

130. P8: "Bem, os fatores que facilitam o atendimento aqui no posto... ele tem uma boa estrutura..."

131. P12: "O que facilita aqui do nosso trabalho, assim, para ser um trabalho bem feito, aqui a estrutura é ótima..."

132. P5: "...pelo lado da estrutura, a estrutura daqui é muito boa, sempre tem ar condicionado, a parede tá boa, tem computador, tem internet, em questões de estrutura tá bom."

133. P1: "O consultório tá muito bem equipado..."

134. P12: "A sala é toda equipada, tem tudo, não tá faltando nada."

135. P22: "O que facilita são os equipamentos que são difíceis precisarem de manutenção."

136. P1: "o que dificulta um pouco é a questão da estrutura externa da estrutura do próprio posto não do consultório, o consultório é equipado, mas o posto..."

137. P11:” Os fatores restritivos seriam mais a questão da estrutura do local, tanto a estrutura de equipamentos, como também a estrutura física da unidade né que a gente tem bastante deficiência nesta questão.

138. P16:” E o que dificulta... a questão estrutural, tanto do PSF quanto da própria sala odontológica.”

139. P1:” ...O que poderia melhorar seria a estrutura física da unidade , ter mais espaço para recepção...”

140. P13:” Como sugestão ficaria o investimento maior dessa questão de estrutura física nas unidades porque ainda é bastante deteriorada...”

141. P24:” Então, a infraestrutura geral da unidade...ela tá muito velha.”

142. P11:” As paredes não estão em boas condições, infiltração, falta d'água que às vezes falta água na unidade e o equipamento que de vez em quando também dá probleminha e tá bem antigo”

143. P16:” No caso do porque é uma estrutura onde, eu acho, que não foi arrumada para ter um consultório odontológico, foi só adaptado lá.”

144. P24:” Principalmente a questão da infraestrutura, por exemplo, a nossa sala é pequena, nossa cadeira é velha, nosso fotopolimerizador praticamente não funciona, a nossa impressora lá fora não tá funcionando...A nossa sala mesmo de consultório... não é apropriada para ter um bom atendimento para os pacientes”

145. P9:” Tipo assim, nós temos um laboratório e um consultório que é em uma sala só e eu acho a sala bem grande, em questão de estrutura daria pra dividir em duas que eu acho que seria o ideal. “

146. P11:” A minha sugestão com certeza é melhoria da estrutura da unidade básica, tanto na parte de saúde bucal, como na parte de saúde geral.”

147. P16:” Falta lugar para armazenamento também e a própria falta de reforma mesmo na estrutura...o que dificulta é a estrutura mesmo.”

148. P16:” O que melhoraria seria realmente a questão de melhorias estruturais e atualização dos equipamentos.”

149. P22:”...sugestão para melhorar o atendimento e para melhorar o ambiente de trabalho seria uma reforma no local aqui do consultório que tem um pouco de mofo nas paredes e trocar o piso por uma cerâmica...”

150. P1:”O que poderia melhorar seria realmente melhorar a estrutura física para ter uma sala de reuniões ...”

151. P1:” acaba que não tem uma sala de reuniões para fazer uma palestra não tem como a gente abordar grupos e fazer essa orientação de higiene em grupo, escovação supervisionada né, mas é isso.”

152. P1:”a dificuldade enfrentada aqui é a falta de espaço para tá reunindo essas gestantes, tá transmitindo as orientações e informações né...”

153. P23:”A dificuldade de atendimento com a gestante é espaço que não tem onde a gente se reunir...”

154. P16:”O problema é que a gente não tem porque é muito pequeno, não tem espaço grande e ela sempre fica muito dispersa, não tem uma sala de reunião dentro do PSF porque ele é muito pequeno. “

155. P2:”Eu acho que o que tá restringindo mais é a questão não da equipe, mas com a prefeitura quanto a material de consumo, principalmente, material de consumo que é o que tem limitado né.”

156. P3:”Começar pelos que são restritivos que é o que nós estamos passando agora: falta de material.”

157. P4:”um fator que limita é a falta de insumos.”

158. P5:” Os restritivos, principalmente acredito que seja a falta de material que a gente trabalha... sempre tá faltando instrumental...”

159. P6:” E o restritivo, acredito que seria os insumos e material que falta com extrema frequência.”

160. P7:” O que dificulta, às vezes, é o pouco material...”

161. P8:” O que dificulta mais é a falta de material que muitas vezes vem a faltar...”

162. P12:” Agora o que dificulta o nosso trabalho aqui é a falta do material que frequentemente está faltando...”

163. P13:” A questão também de recursos materiais que é o que limita muita a gente né.”

164. P14:” O que dificulta muitas vezes é a falta de material que não tem às vezes e não tá no nosso alcance né.”

165. P15:” O que dificulta meu trabalho hoje é a questão da falta de material que a gente sofre muito tanto de material de insumo quanto de material mesmo, coisas básicas para o consultório...”

166. P18:”...e as limitações também de material para a gente trabalhar.”

167. P19:” E o que dificulta nosso trabalho, na maioria das vezes, é a falta de material que a gente espera receber né, a gente vai atrás, mas quando chega lá não tem.”
168. P21:”...no caso do atendimento odontológico, a falta de insumos...”
169. P23:” E o que dificulta, as vezes, é a falta de material.”
170. P3:” Uma estratégia melhor de materiais para gente não passar pelo que a gente tá passando de falta de materiais...”
171. P5:” Principal sugestão seria mesmo em questão de material, melhorar a quantidade, não faltar material...”
172. P7:” Pronto, a melhoria seria mais material, tanto como instrumental, como os materiais que a gente usa que são ionômero, resina, para fazer extração, anestésico...”
173. P14:” A falta de material também dificulta, essas coisas”
174. P18:”...e depois materiais para gente trabalhar.”
175. P23:”... E o material que não faltasse com tanta frequência.”
176. P2:”a falta de anestésico específico para gestante que é comum faltar...”
177. P3:”Quanto a materiais, aqui chegou a faltar uma época o anestésico mais indicado para gestante também...”
178. P7:”é mais a falta de material porque com mais material daria pra atender mais gestante...”
179. P13:”eu acho que a principal dificuldade ainda é a questão de material adequado. Às vezes, nem sempre, tem como, por exemplo, anestésico mais adequado para segurança da gestante.”
180. P14:”Às vezes falta material assim adequado para atender as gestantes ...”
181. P18:”Exatamente falta de materiais para a gente trabalhar...”
182. P13:”...o material adequado para uso em gestante, como anestésicos e equipamentos para educação e saúde dentro do consultório...”
183. P2:” Porque uma vez que fica faltando alguns itens eu termino eu mesmo comprando esses itens pra que a coisa funcione.”
184. P20:” então a gente depende muito da nossa própria vontade e de tirar do nosso próprio bolso, né, para gente tá fazendo essa promoção de saúde...”
185. P11:” Tem também a questão das condições insalubres, digamos também assim na questão de higiene, que tem muito mofo na sala e que não poderia ter.”

186. P16:” A gente não tem separação de contaminado e não contaminado, é uma pia só para tudo - lavagem de material e para minha lavagem de mãos - é tudo uma coisa só.”

187. P13:”...ainda tem a questão de higiene, de biossegurança que ainda é muito precária. “

188. P13:”E também acrescentando a biossegurança, que é o principal e o que a gente vê que mais falta, que peca no serviço público é não ter completo todos os materiais para gente concluir uma biossegurança total.”

189. P13:”Investimento em biossegurança, em um ambiente físico agradável para gestante, com a questão de ruídos, sensibilidade de cheiros, todos esses tipos de coisas, então um ambiente com a biossegurança adequada, um ambiente limpo e agradável aos olhos ...”

190. P16:” porque a sala fica ruim com mofo, a iluminação não é tão boa e equipamentos...”

191. P13:” E também nessa questão da infraestrutura e também de recursos materiais, recursos físicos dessa questão de bons equipamentos, de investimento em bons equipamentos, de bons materiais que tragam essa segurança tanto para o profissional como para o paciente.”

192. P13:”Às vezes a gente fica sobrecarregado e precisa fazer outras funções.”

193. P3:”... então nossa produção caiu drasticamente porque a gente tá fazendo só limpeza e extração.”

194. P6:” ...e termina o profissional da odontologia ficando muitas vezes parado seu atendimento por conta de falta de insumos como havia falado ou falta de manutenção técnica.”

195. P7:”porque tendo muito material a gente tinha a capacidade de atender até mais pacientes no dia, que são poucos.”

196. P14:” O paciente às vezes precisa de uma coisa lá pra um procedimento e não tem como a gente fazer porque falta material...”

197. P15:” a gente não faz uma restauração porque a gente não tem fotopolimerizador, uma caneta, entendeu?! Então assim, isso é o que de fato atrapalha hoje o nosso trabalho.”

198. P15:” A questão de insumo que é uma questão que deixa o trabalho deficiente né, porque se a gente não tem como o que trabalhar como que a gente vai trabalhar?! Então é isso”

199. P5: "...para que a gente possa atender a todas as demandas de procedimentos que às vezes fica um pouquinho a desejar um procedimento ou outro porque falta algum tipo de material."
200. P7: "... quanto mais tivesse material, melhor o atendimento para o pessoal/paciente."
201. P8: "para melhorar o atendimento seria mais a relação de equipamentos, de instrumentais né."
202. P12: "O nosso trabalho aqui seria melhor se tivessem mais materiais, não ficar faltando tanto material... porque assim a gente agilizaria o tratamento da pessoa"
203. P7: "a questão mesmo é a falta de material que não tá tendo pra atender a demanda que tem de gestante."
204. P7: "E a questão do material também para atendimento da população que fica muito pouco a capacidade de atender... é muito pouco para a população."
205. P8: "... mas a gente sempre dá um jeitinho e vai fazendo o que pode."
206. P6: "... E o profissional da odontologia termina sendo mal visto como um profissional que não trabalha na equipe..."
207. P4: "o que poderia melhorar seria a valorização dos profissionais..."
208. P9: "O que poderia fazer, no meu ponto de vista, seria valorizar mais os profissionais..."
209. P19: "A sugestão que eu daria para melhorar né, seria a motivação do profissional... com valorização e aumento de salário para melhorar né..."
210. P24: "Agora assim, dificilmente eu faço palestras, essas coisas, porque se for para fazer eu tenho que trazer, eu tenho que confeccionar, por exemplo, a prefeitura mesmo não disponibiliza esse material, então a gente meio que tem que se virar para poder fazer esse tipo de ação."
211. P25: "e também a gente não tem assim aquele apoio para poder a gente fazer isso, a gente não tem um apoio da prefeitura mesmo né..."
212. P15: "porque o pessoal eles não têm assim aquela visão de preservar um dente não... o negócio deles é arrancar."
213. P18: "A falta de conscientização da importância da prevenção ..."
214. P21: "As gestantes, no modo geral, acham que o pré-natal deve ser só o pré natal médico e que não precisa do pré natal odontológico..."
215. P1: "tem muito mito em torno desse atendimento odontológico à gestante ..."

216. P2:"a maior dificuldade em relação às gestantes ainda é o mito de que gestante não pode passar pelo dentista, algumas ainda acreditam muito nisso ..."
217. P13:" pois a odontologia traz esse temor já em relação aos procedimentos."
218. P11:"a gente tem um pouco de dificuldade porque elas têm medo de vir ao atendimento..."
219. P15:"Muitas delas têm medo do atendimento odontológico..."
220. P16:"mas enfrento a resistência delas no atendimento, às vezes elas fogem..."
221. P20:"então elas já têm esse medo muito grande de ir ao dentista pois vão precisar fazer alguma extração e elas não se sentem seguras com relação a isso..."
222. P22:"elas ainda têm a crença e o medo que não podem realizar procedimentos odontológicos e, geralmente, não comparecem às consultas."
223. P23:"Elas próprias não querem o atendimento, elas têm muito medo ou acham que pode prejudicar..."
224. P15:"Tem uma demanda grande de crianças que também por conta de muito descaso as crianças já chegam lá numa situação precária."
225. P10:" aqui se você abre a boca das crianças de 4 anos os dentes são todos cariados e eles não querem procurar"
226. P1:"é o fato da pouca importância do ponto de vista do senso comum das gestantes em relação ao atendimento odontológico..."
227. P5:"Então, elas sempre colocam um isso em segundo plano, elas não priorizam..."
228. P8:"Elas não acham que é obrigação ter o pré-natal odontológico e a gente sempre bate nessa tecla que tem a mesma importância do pré-natal..."
229. P5:"As vezes elas até querem marcar para outra pessoa porque acha que não é importante para ela naquele momento e que aquilo não vai ter nenhuma diferença para ela..."
230. P5:"A principal dificuldade é a vontade das próprias gestantes em tá fazendo esse atendimento, em tá participando..."
231. P8:"A dificuldade enfrentada com as gestantes é mais o atendimento que elas se recusam..."
232. P10:"e muitas das vezes elas se recusam. Elas não querem atendimento odontológico "
233. P11:"a gente tenta quebrar né essa imagem que elas têm do atendimento odontológico, mas mesmo assim elas evitam o máximo o tratamento ..."

234. P12: "aí outro dia que eu marcar é mais complicado para elas virem, porque elas não vêm, algumas trabalhos também né..."
235. P14: "...e também elas têm muita resistência ao atendimento.."
236. P15: "A única dificuldade que a gente tem com as gestantes de lá é de as gestantes quererem o atendimento porque elas não querem..."
237. P16: "mas enfrento a resistência delas no atendimento, às vezes elas fogem."
238. P17: "...porque as gestantes têm, eu noto ainda aqui né, que elas têm um tabu assim para não vir no dentista...eu noto que elas ainda têm muita resistência..."
239. P19: "Muitas nem querem passar pelo dentista... eu adulto e converso e aí sim é que algumas vão, as outras que eu não pego acabam por fugir porque não querem né. "
240. P20: "Com relação ao atendimento das gestantes já existe uma recusa muito grande da própria gestante em participar desse tipo de ação ..."
241. P21: "Então a gente sempre tenta esclarecer que é fundamental o pré natal odontológico, mas elas têm uma certa resistência..."
242. P22: "A maior dificuldade que eu tenho em fazer o trabalho com a gestante é a resistência dela. "
243. P24: "Elas se negam, muitas delas se negam a fazer o atendimento, as vezes eu tenho que tá insistindo e tal para elas fazerem o tratamento..."
244. P20: "Com relação a promoção de saúde da gestante mesmo quando a gente organiza elas tendem a faltar muito, pois alegam às vezes necessidade de estar em casa resolvendo questões da própria moradia, com o marido... elas relutam muito ao atendimento, tanto exame clínico, como a promoção de saúde bucal."
245. P14: "quanto aos pacientes, assim, às vezes eles reclamam, não vão lá atrás do atendimento adequado e muitas vezes eles também têm as dúvidas e não vão atrás para esclarecer."
246. P21: "porque muitas vezes a falta de conhecimento acaba prejudicando muito o atendimento."
247. P14: "às vezes é até falta de conhecimento né, porque elas não têm conhecimento do trabalho na parte odontológica por isso que elas têm essa resistência..."
248. P13: " Como restritivos, eu considero principalmente no serviço público essa questão de recursos... recursos humanos... em questão, por exemplo, de recepcionista."

249. P20: "a gente fica muito restrito ao planejamento que vem de em cima, então o nosso planejamento aqui, nossa observação de como deveria funcionar melhor a unidade, fica muito deixado de lado com relação ao que vem da própria gestão..."
250. P1: "...a demanda é muito alto porque a gente atende tanto a população aqui da Ilha das Flores quanto do Pôr do Sol.."
251. P15: "na questão dos atendimentos é um público bastante leigo ainda e tem uma demanda altíssima de exodontia."
252. P10: "A gente limita até os pacientes e aqui é uma área muito carente, precisando muito..."
253. P21: "... e às vezes a alta demanda que a gente não dá conta de atender a demanda inteira."
254. P17: "E como restritivo, eu tenho um grande número de pacientes, então a gente tem grande procura, mas a gente tem poucas vagas né, então não dá para atender todo mundo."
255. P26: "...Até porque a gente tem uma demanda muito grande e a gente não consegue suprir todos esses atendimentos."
256. P10: "Até porque a carência da área é grande..."
257. P9: "...aí eu vejo que tem comunidade que tem uma carência maior e tem comunidade que têm menos carência."
258. P1: "...e também tinha um problema de não ter dentista na área porque desde que foi fundado não tinha dentista na área..."
259. P6: "a falta de empenho da gestão em fazer uma cobertura odontológica mais próxima possível de 100%, ou seja, existem muitas áreas descoberta ainda de assistência odontológica."
260. P11: "No momento nós não estamos trabalhando com nenhum outro grupo somente gestante e o atendimento da população em geral."
261. P16: "A gente, nessa unidade, não tem grupo de idoso, não tem grupo de hipertenso, então não é feito geralmente essa parte de atenção coletiva."
262. P1: "...onde a gente pudesse criar esse grupo que não existe, o grupo da gestante, para gente tá trabalhando com ela de forma mais ativa.."
263. P20: "principalmente, na questão de promoção de saúde né, no caso do meu trabalho a promoção de saúde fica um pouco deixado de lado"
264. P6: "E o outro restritivo também que eu coloco seria a falta de manutenção eficaz de equipamentos odontológicos"

265. P12: "... e o técnico que faz a manutenção ser de fora porque a gente precisa muito dele aqui porque não é tão nova a cadeira e ele não tá aqui toda semana né, isso que dificulta pra gente."
266. P12: "A gente sempre tenta ajudar uma a outra e os pacientes que chegam."
267. P7: "...a comunicação com os pacientes que é muito boa."
268. P8: "os fatores que facilitam o atendimento ...tem o bom relacionamento com os pacientes também."
269. P12: "...e que dá certo a relação com os pacientes também."
270. P20: "...as questões de trabalho, a população é bem receptiva com o atendimento e bem compreensiva com relação ao serviço ofertado né..."
271. P13: "até mesmo de prolongar o tempo por ser efetivo em questão de prefeitura e tudo isso traz esse vínculo com a população, você passar mais tempo ali com equipe né, com a própria população nessa questão de medo, essas coisas."
272. P7: "eu não fico especificamente só na saúde bucal, o que eu posso fazer eu ajudo..."
273. P23: "o meu vínculo aqui com a equipe é bom. Eu participo e gosto muito de participar de reuniões, gosto sempre de estar por dentro de tudo que acontece com a equipe."
274. P26: "apesar da minha função, às vezes, eu me desloco da minha função para poder ajudar os meus colegas do posto para gente poder ter um trabalho mais ágil e um atendimento com mais qualidade."
275. P16: "todo mundo se ajuda lá, graças a Deus a UBS Sol Nascente é bem unida nesse sentido..."
276. P21: "...o auxílio do restante da equipe de saúde da família também ajuda um pouco né, na questão da orientação ao paciente na sala de espera."
277. P17: "...meu processo de trabalho na unidade, eu acho que a gente faz sempre o nosso melhor."
278. P7: "A gente tenta fazer o atendimento melhor possível dando atenção com eles merecem e fazendo um bom atendimento..."
279. P15: "mas assim, a gente leva nem que seja só para dar uma informação, dá uma orientação, mas é pegando pela mão mesmo..."
280. P17: "...a primeira consulta para iniciar o pré-natal eu chamo já inicio o pré natal com bem informações para elas entenderem a necessidade e importância de fazer pré natal odontológico..."

281. P6: "O posto de saúde parar... eu acho que seria um posto de saúde parar e fazer um mês de referência a este tema ou então em saúde bucal e a gente abordar esse tema, aí a odontologia e a saúde bucal e o pré-natal odontológico teriam um olhar diferenciado..."
282. P7: "seria mais palestras para os pacientes, mas que a gente tenha condições de fazer uma palestra adequada, com material e tudo..."
283. P8: "capacitar a equipe para que elas tenham conhecimento da importância do atendimento odontológico durante esse período"
284. P11: "Então seria mais a questão da orientação mesmo para quebrar essa imagem que elas têm do tratamento odontológico"
285. P12: "...porque se tivesse um brinde ou alguma uma coisa elas viriam mais para cá, para o posto. Também se tivesse mais coisa para mostrar para elas, as palestras, rodas de conversa..."
286. P15: "Então poderia tirar um dia atípico no mês e fazer algum momento de interação, uma roda de conversa, algum sorteio de brinde porque o pessoal só vai pra esses cantos se tiver ganhando alguma coisa..."
287. P16: "...mas uma sala de espera para poder elas terem uma noção e eu dizer qual a importância do tratamento odontológico na gestação..."
288. P17: "então se a equipe médica mostrasse a necessidade e importância da consulta odontológica..."
289. P18: "um local em que a gente pudesse ter um data show, alguma coisa para apresentar e alguns materiais que chamaria mais atenção do que a gente tá só falando e falando na frente das pessoas..."
290. P20: "esse pré-natal odontológico deveria estar incluído né, a necessidade do comparecimento ao pré-natal, aos incentivos que muitas dessas gestantes recebem do próprio governo..."
291. P21: "o próprio médico e a enfermeira da unidade já estarem esclarecendo quanto a importância do pré-natal odontológico né..."
292. P22: "seria a prefeitura disponibilizar kits odontológicos para a gente dar nas ações e fazer palestras tentando conscientizar que é necessário esse pré-natal odontológico para elas..."
293. P18: "mas a saúde bucal, a saúde da boca do indivíduo é tão importante quanto qualquer outro tipo de saúde no todo do indivíduo."

294. P12: "agora que elas já estão começando a entender que é necessário esse tratamento e que é bom para elas e para a saúde do bebê delas..."

P18: "Os fatores facilitadores são que a gente pode trabalhar muito com a prevenção e com isso ajudar a evitar a doença né, evitar bactérias, evitar a doença do indivíduo em relação à saúde bucal, então a gente pode trabalhar muito com a prevenção."

295. P3: "a gente se voltar mais para atividades preventivas, de uma maneira geral isso talvez demanda até da gente mesmo profissional, tipo mais atividades em escola de fins mesmo preventivos."

296. P18: "Eu acho muito significativo, pois quando a gente pode trabalhar tanto com promoção de saúde como com prevenção e tratamento né..."

297. P21: "P21: Minha sugestão é que tivesse mais educação em saúde né, mais atividades coletivas, até para a questão de esclarecimento dos pacientes..."

298. P25: "A gente queria que tivesse mais reuniões, ações coletivas..."

299. P10: "eles deveriam fazer ação coletiva aqui, dá palestra de como amamentar, como são os cuidados que deve ter na boca do bebê assim que nasce..."

300. P11: "a gente tenta fazer a parte de educação em saúde, orientação, explicar elas que não precisa ter todo esse medo, que tem como a gente fazer alguns tratamentos simples ..."

301. P23: "mais palestras para informar elas que para é um benefício e que elas têm um atendimento para que se sintam mais informadas."

302. P24: "é ter uma boa educação em saúde bucal na própria escola..."

303. P18: "Eu acho muito significativo, pois quando a gente pode trabalhar tanto com promoção de saúde como com prevenção e tratamento né..."

**ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Solicita-se, através deste, à Secretaria Municipal de Tianguá, Estado do Ceará, anuência para a realização da pesquisa que tem como tema: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ-CE**, sendo a pesquisadora responsável Luana Silva Sousa, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Vale do Acaraú, residente na Rua Projetada 03, número 26, Bairro Frecheiras, Tianguá-CE, CEP 62320-000, email: [luanassousaodonto@gmail.com](mailto:luanassousaodonto@gmail.com) e telefone (86) 998349163, sob a orientação da Professora Doutora Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque.

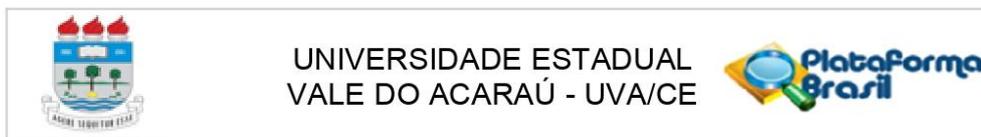
Comprometo-me a dar retorno da pesquisa ao serviço e, consonante com os interesses da gestão, apresentar os resultados nas instâncias requeridas.

Tianguá, 11 de ABRIL de 2022

Assinatura do Secretário de Saúde Municipal

Rejane Vitor de Lima  
Secretário de Saúde  
Tianguá - Ceará

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ-CE

**Pesquisador:** LUANA SILVA SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59065522.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.536.621

#### Apresentação do Projeto:

Tipo de estudo: Projeto de pesquisa a ser desenvolvido como dissertação de mestrado profissional da RENASF-UVA, com uma abordagem quali-quantitativa.

Amostra/Cenário: 17 cirurgiões-dentistas que atuem a pelos 6 meses nas equipes inclusas na Estratégia Saúde da Família (ESF) no ano de 2022, no município de Tianguá-CE, em hora, dia e local que não interfira na sua assistência em serviço (ao usuário do SUS).

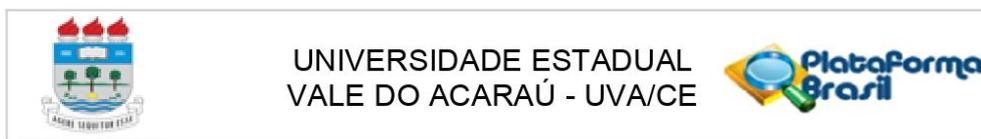
Abordagem aos participantes/Coleta de dados: O primeiro contato da pesquisadora com os dentistas será presencial, para esclarecimentos sobre a mesma. Após anuência e assinatura do TCLE pelos participantes, será enviado por e-mail questionário via Plataforma Google Forms, a ser respondido de forma virtual, contendo dados sociodemográficos, de formação e atuação na ESF dos cirurgiões dentistas e as variáveis relacionadas ao componente estrutura e processo. Também serão usados dados secundários, através de consulta aos indicadores de desempenho do município nos Sistemas de Informação do SUS, de acesso eletrônico e público/não restrito.

Análise de dados: Para o tratamento dos dados qualitativos oriundos das questões abertas, foi utilizado o método da análise de conteúdo, definido por Bardin. Os dados quantitativos serão analisados descritivamente.

Referências: atualizadas e contextualizadas ao escopo.

Financiamento: próprio, com orçamento factível para a proposta.

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.621

Cronograma: coleta de dados prevista para iniciar em agosto de 2022.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal no município de Tianguá-CE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Análise dos riscos:

As perguntas do questionário estão em linguagem apropriada e geram riscos mínimos. Em caso de algum possível constrangimento, o(a) participante pode não responder à questão. O TCLE prevê que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento pelo(a) participante, sem prejuízo ao(à) mesmo(a). O questionário virtual não traz o nome do(a) participante e assegura sigilo das informações. As informações individuais não serão divulgadas, apenas a compilação final da amostra e somente para fins de publicação dos resultados dessa pesquisa.

Análise dos benefícios:

Indiretos. Pode contribuir indiretamente para o fortalecimento da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, mas não tem ações previstas de devolutiva direta de resultados para os participantes (cirurgiões-dentistas).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área da Saúde. Foram consideradas para esta análise: Resolução CNS n. 466/2012 (sobre pesquisa com seres humanos), Carta circular n. 510/2016 (sobre consentimento, trabalhos de conclusão de curso e resultados que serão publicáveis) e Ofício Circular Nº2/2021/CONEP/SECNS/MS (sobre procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados em conformidade: Folha de rosto (assinada pela pró-reitora de pesquisa da UVA), Carta de anuência institucional (assinada pela Secretaria de Saúde de Tianguá), Orçamento (custeio pelos pesquisadores), TCLE, Projeto Detalhado/Instrumento de coleta de dados (Apêndice C/Questionário em formato virtual) e Cronograma (início da coleta de dados prevista para antes da aprovação do CEP, em agosto de 2022).

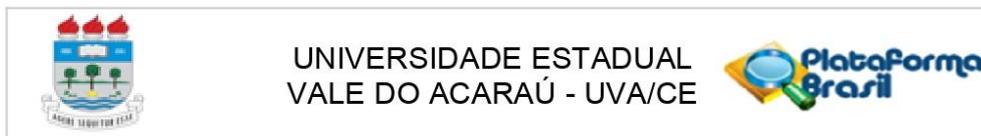
**Recomendações:**

Recomendo aprovação da 2ª versão deste projeto pelo CEP-UVA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem óbices éticos ou documentais.

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.536.621

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado reforça a responsabilidade da pesquisadora, em "elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" (Resolução CNC 466/2012, X.1, item D), que devem ser enviados ao CEP-UVA via Plataforma Brasil, para ciência e arquivamento da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1948397.pdf	16/07/2022 17:26:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCM_LUANA_plataforma.pdf	16/07/2022 17:25:36	LUANA SILVA SOUSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_novo.pdf	16/07/2022 17:22:02	LUANA SILVA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EDITADO.pdf	16/07/2022 17:21:24	LUANA SILVA SOUSA	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA_NOVO.pdf	27/05/2022 09:44:22	LUANA SILVA SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/05/2022 22:26:14	LUANA SILVA SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_Luana.pdf	18/05/2022 22:25:47	LUANA SILVA SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 20 de Julho de 2022

Assinado por:  
Eroteide Leite de Pinho  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br