



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Daniela Malagoni Fagundes**

**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DO BRASIL**

**São Luís - MA  
2016**

**Daniela Malagoni Fagundes**

**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Maranhão.

Orientador:  
Prof. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca  
Thomaz

Área de Concentração:  
Saúde da Família

Linha de Pesquisa:  
Atenção e Gestão do Cuidado

**São Luís – MA  
2016**

MALAGONI FAGUNDES, DANIELA.

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL / DANIELA MALAGONI FAGUNDES.  
2016.

92 p.

Orientador (a): ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da  
Família/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS  
- MA, 2016.

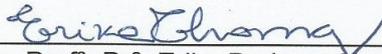
1. Avaliação em saúde. 2. Serviços de Saúde. 3.  
Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Bucal. I. BARBARA  
ABREU FONSECA THOMAZ, ERIKA. II. Título.

**Daniela Malagoni Fagundes**

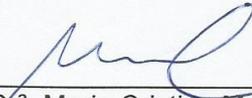
**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

**Banca Examinadora:**



\_\_\_\_\_  
Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz  
UFMA/RENASF



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Marino Calvo  
UFSC/PPGSC



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rejane Christine de Sousa Queiroz  
UFMA/RENASF

Aprovado em: 22 de julho de 2016.

São Luís - MA

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por tornar tudo possível, por meio do amor.

Aos meus pais, Vasco de Andrade Fagundes e Denise Silva Malagoni, que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas e as tornaram possíveis.

Ao meu filho, Miguel Malagoni Fagundes Modesto, que mesmo sem saber é minha fonte de forças.

Ao meu marido, Wellington Oliveira Modesto, que com paciência e amor enfrentou mais essa jornada comigo.

À Elizabeth Andrade, por seu apoio e amor, e por suas contribuições.

À amiga, Kristine Piorsky, por seu apoio, carinho e atenção. Por sua disponibilidade em me escutar nos momentos difíceis.

À Universidade Federal do Maranhão por ter viabilizado a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF e por torná-lo possível.

À coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra e todos os Professores que fazem parte desta família, pelo carinho dedicado a toda a turma e por compartilharem conosco seus conhecimentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz, que não me deixou desviar de nosso caminho, por sua paciência e carinho com que sempre esteve ao meu lado na construção deste trabalho.

Aos meus amigos da turma de Mestrado, pelo amor que cada um dedicou aos nossos trabalhos e pelo aprendizado que trocamos nesse período inesquecível.

A toda a equipe de trabalho do PMAQ-AB, especialmente ao consórcio liderado pela Universidade Federal de Pelotas, sob a coordenação do Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini; e ao Ministério da Saúde, pela disponibilização dos dados.

A todos que de alguma forma estão envolvidos na minha vida e contribuíram para esta caminhada.

*“Tu te tornas eternamente responsável  
por aquilo que cativas”.*

(Saint-Exupéry)

## RESUMO

**Introdução.** O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi implantado no Brasil, em 2011, para induzir melhorias na qualidade dos serviços e da gestão na Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, estudos de avaliação do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na AB do SUS utilizando dados do PMAQ-AB são escassos. Sabendo-se ainda que o modelo assistencial vigente neste setor não é o ideal, justifica-se a realização deste estudo. **Objetivo.** Analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESB da AB e verificar se o instrumento utilizado no Ciclo I do PMAQ-AB foi capaz de aferir os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método.** Desenvolveu-se um estudo ecológico, de abrangência nacional, cujas unidades de análise foram agregadas para o nível do município, utilizando dados do PMAQ-AB referentes às entrevistas com os profissionais das ESB (módulo II). Realizou-se análise fatorial exploratória e confirmatória para testar se as variáveis do instrumento de Avaliação Externa do Ciclo I do PMAQ-AB, referentes ao processo de trabalho das ESB, poderiam ser reduzidas aos atributos essenciais da APS (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado), adotando alpha de 5%. Também foi realizada análise descritiva para analisar o processo de trabalho destas equipes no Brasil. Todas as variáveis mantidas no modelo após a análise fatorial foram sumarizadas por meio de frequências absolutas e percentuais, e os testes Qui-Quadrado ( $X^2$ ) e Exato de Fisher foram utilizados para analisar diferenças nas suas distribuições segundo região geopolítica, tipo de equipe e estrato de certificação do PMAQ-AB ( $\alpha=1\%$ ). **Resultados.** Formaram-se quatro construtos, que denominamos Fator 1 - primeiro contato, Fator 2 - integralidade, Fator 3 - ações em prótese dentária e Fator 4 - coordenação do cuidado. As medidas de ajuste do modelo foram satisfatórias. As cargas fatoriais (CF) de todos os construtos de primeira ordem foram maiores que 0,5, exceto para a “*coordenação do cuidado*”, que teve duas variáveis com  $CF < 0,5$ , porém, significantes. Um construto de 2ª ordem (formado pelos quatro fatores, para definir o “*processo de trabalho*”) teve todas as  $CF > 0,7$ , porém, com índices de ajuste não tão robustos (*Comparative Fit Index* e *Tucker Lewis Index* menores que 0,9). As ações e serviços de saúde bucal relacionados aos atributos essenciais da APS foram realizados por menos da metade das ESB brasileiras, exceto “*acolhimento à demanda espontânea*” (61,8%), “*avaliação de risco*” (66,1%), “*oferta*

*de tratamento segundo o risco identificado* (60,2%) e a *“garantia da continuidade do tratamento”* (62,3%). Os piores resultados foram para as ações relacionadas aos fatores 2 e 3. Houve diferenças na realização das ações entre regiões, tipo de equipe e estrato socioeconômico dos municípios ( $P < 0,01$ ). **Conclusões.** O instrumento do Ciclo I do PMAQ-AB não foi capaz de discriminar todos os atributos essenciais da APS na rotina dos serviços. As ESB da AB, no Brasil, ainda não estão trabalhando de acordo com os atributos essenciais da APS; e há ainda muitas discrepâncias no processo de trabalho.

**Palavras-Chave:** Avaliação em saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PIAQ-PC) was implemented in Brazil in 2011 to induce improvements in the quality of services and management in Primary Care (PC) in Health System (HS). However, there are only scarce studies evaluating the work process of the Oral Health Teams (OHT) in PC of HS using PIAQ-PC data. Besides, bearing in mind that the current health care model in this area is not ideal, it is appropriate to conduct this study.

**Objective:** To analyze the work process developed by OHT of PC and to verify if the instrument used in Cycle I of the PIAQ-PC was able to measure the essential attributes of Primary Health Care (PHC). **Method:** A nationwide ecological study was developed where the analytical units were aggregated to the level of the municipality, using PIAQ-PC data regarding the interviews with professionals from OHT (module II). It has been conducted exploratory and confirmatory factor analysis to test whether the variables of PIAQ-PC's Cycle I external evaluation instrument, which refers to the work process of the OHT, could be reduced to the essential attributes of the PHC (first contact, completeness, longitudinality and coordination of care), adopting alpha of 5%. We also carried out a descriptive analysis to analyze the work process of these teams in Brazil. All variables included in the model after the factor analysis were summarized by absolute and percentage frequencies, and the Chi-Square ( $X^2$ ) and Fisher Exact tests were used to analyze the differences in their distribution according to the political region, type of staff and PIAQ-AC certification stratum ( $\alpha=1\%$ ). **Results:** It was formed four constructs, which we call first contact (factor 1), completeness (factor 2), actions in dental prosthesis (factor 3) and coordination of care (factor 4). The model adjustment measures were satisfactory. The factorial loadings (FL) of all first-order constructs were greater than 0.5, except for the "coordination of care", which had two variables with  $FL < 0.5$ , however, significant. A second-order construct (formed by the four factors to define the work process) had all  $FL > 0.7$ , but with adjustment rate not so robust (Comparative Fit Index and Tucker Lewis Index less than 0.9). Actions and oral health services related to the essential attributes of PHC were performed for less than half of Brazilian OHT, except "home to spontaneous demand" (61.8%), "risk assessment" (66.1%), "treatment provision according to identified risk" (60.2%) and "ensuring continuity of care" (62.3%). The worst results were for actions related to factors 2 and 3. There were differences in the performance of actions between regions,

type of staff and socioeconomic level of the municipalities ( $P < 0.01$ ). **Conclusions:** The instrument of PIAQ-PC first cycle was not able to determine all the essential attributes of PHC in the service routine. The OHC of PC in Brazil are not working according to the essential attributes of PHC, and there are still many discrepancies in the work process.

**Keywords:** Health Evaluation, Health Services, Primary Health Care, Oral Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>p.</b>
<b>Figura 1.</b> Mapa esquemático dos municípios brasileiros que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB. Brasil. 2012-2013.....	50
<b>Figura 2.</b> Cargas fatoriais padronizadas e resíduos, na Análise Fatorial Confirmatória, incluindo um fator de 2ª ordem. Brasil, 2012-2013.....	61
<b>Figura 3.</b> Caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Brasil. 2012-2013.....	62
<b>Quadro 1.</b> Variáveis relacionadas ao processo de trabalho em saúde bucal. PMAQ-AB, 2012-2013.....	52
<b>Quadro 2.</b> Critérios para a indicação dos estratos do PMAQ-AB.....	54

## LISTA DE TABELAS

	p.
<b>Tabela 1.</b> Índices de ajuste para os diferentes modelos construídos na Análise Fatorial Exploratória. Brasil, 2012-2013.....	57
<b>Tabela 2.</b> Cargas fatoriais padronizadas para o modelo com 4 fatores, na Análise Fatorial Exploratória. Brasil, 2012-2013.....	58
<b>Tabela 3.</b> Medidas de ajuste na Análise Fatorial Confirmatória. Brasil, 2012-2013.....	59
<b>Tabela 4.</b> Cargas fatoriais padronizadas, na Análise Fatorial Confirmatória. Brasil, 2012-2013.....	60
<b>Tabela 5.</b> Caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal como números absolutos e percentual, segundo região geopolítica, tipo de equipe e estrato de certificação do PMAQ-AB. Brasil. 2012/13.....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica  
APS - Atenção Primária à Saúde  
AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade  
AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade  
AF - Análise Fatorial  
AFC - Análise Fatorial Confirmatória  
AFE - Análise Fatorial Exploratória  
AVE - Average Variance Extracted  
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas  
CF - Carga Fatorial  
CFI - Comparative Fit Index  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CR - Composite Reliability  
EAB - Equipes de Atenção Básica  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PCATool - Primary Care Assessment Tool  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
PSF - Programa Saúde da Família  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation

MRFV - Minimum Rotation Function Value

SB - Saúde Bucal

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TLI - Tucker-Lewis Index

UBS - Unidade Básica de Saúde

UF - Unidades Federativas

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UFPEl - Universidade Federal de Pelotas

WRMSR - Weighted Root Mean Square Residual

# SUMÁRIO

RESUMO .....	6
ABSTRACT.....	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	12
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Atenção Básica e Saúde Bucal no Brasil.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Processo de trabalho em saúde, na Atenção Básica e em Saúde Bucal.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Atributos da Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Avaliação em Saúde.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....</b>	<b>41</b>
<b>3.6 Novas abordagens analíticas em estudos de avaliação.....</b>	<b>45</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 Desenho e Local do Estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 Participantes.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3 Coleta de Dados.....</b>	<b>51</b>
<b>4.4 Variáveis do Estudo.....</b>	<b>51</b>
<b>4.5 Análise Estatística .....</b>	<b>54</b>
<b>4.6 Considerações Éticas.....</b>	<b>56</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE).....</b>	<b>57</b>
<b>5.2 Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....</b>	<b>59</b>
<b>5.3 Análise do processo de trabalho segundo dados do PMAQ-AB.....</b>	<b>62</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A - Diagrama com validade discriminante. Covariância entre os fatores.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO A - Instrumento Ciclo I do PMAQ-AB, Avaliação Externa (Módulo II), seções 36 e 37.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa .....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento de uma crise no modelo assistencial à saúde do Brasil levou a uma transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e do processo de trabalho em saúde desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as inúmeras mudanças, destaca-se a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial adotado em substituição ao modelo tradicional, o qual era centrado na doença, no hospital, no trabalho médico e especializado, uma vez que, de acordo com Baldani et al. (2005), a ESF tem como prioridade ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e das famílias de forma integral e contínua.

Para Pereira et al. (2008), um modelo integral à saúde não pode excluir a atenção à saúde bucal. Mas, apesar dos avanços do SUS, a atenção à saúde bucal ainda se caracteriza pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos, preventivos individuais, e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência. Além disso, considerando a gravidade da situação de saúde bucal da população brasileira, a atenção primária em saúde bucal é uma prioridade, devendo ser assegurada de modo adequado aos perfis epidemiológicos de cada localidade. Sendo assim, os autores sugerem ser necessário refletir sobre o modo de produzir serviços de atenção à saúde bucal no cotidiano dos estabelecimentos de saúde.

Vários autores têm se empenhado em conceituar “modelos assistenciais”. Para Campos (1992) modelo assistencial não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas deve incluir o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo. Já Paim (2008) entende modelos assistenciais como diferentes combinações tecnológicas, com diferentes finalidades como: resolver problemas e atender necessidades de saúde em determinada realidade e população adscrita, organizar serviços de saúde ou intervir em situações decorrentes do perfil epidemiológico e da investigação de danos e riscos à saúde.

O “modelo biomédico” influenciou a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde durante muitos anos. Porém, com a criação do SUS a saúde passou a ser entendida como resultado das condições sociais e de vida, e os princípios do SUS passaram a ser o eixo de orientação para as

práticas assistenciais. Neste cenário surge a formulação da ESF que se constituiu em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e da implantação dos princípios do SUS, apresentando-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária em Saúde (APS) (FERTONANI et al., 2015).

Para Fertoni et al. (2015) as diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde.

Assim, a ESF, criada em 1994, tem sido considerada eficaz na reorganização da Atenção Básica (AB). A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) como parte da ESF foi definida efetivamente a partir da Portaria nº 1.444 MS, de 28 de dezembro de 2000. Porém, o sucesso da implantação das ESB está, ainda, condicionado a uma mudança no perfil dos profissionais que atuam na AB, pois a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica (CARVALHO et al., 2004).

A ESF está fundamentada nos princípios do SUS, seguindo os atributos da APS, propostos por Starfield em 1998, tendo como princípios ordenadores (essenciais): o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Há ainda, como princípios derivados desses: a centralização na família, a orientação comunitária e a competência cultural. A autora considera a APS como o nível do sistema de saúde que deve oferecer a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, ou seja, a porta de entrada preferencial no sistema, fornecendo atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo e para todas as condições.

Logo, o funcionamento da AB está diretamente condicionado ao cumprimento dos atributos da APS, e isso deve ser levado em conta para a organização do processo de trabalho neste nível de atenção. Para Gomes et al. (2011), os atributos essenciais da APS, adotados por Starfield, constituem valiosos indicadores para o processo de avaliação da qualidade dos serviços ofertados na AB.

A adoção da ESF como modelo assistencial gerou um grande investimento, por parte do Ministério da Saúde, na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados à AB. Com isso, criou-se uma crescente necessidade de avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, assim como os impactos produzidos na saúde e no bem-estar das populações (COLUSSI e CALVO, 2012).

Para a avaliação realmente acontecer deve-se entender o processo de trabalho, o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, e especificamente na saúde, o que diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano, ou seja, a prática dos trabalhadores inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. A partir desse entendimento, uma reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho é necessária, sendo interessante que os profissionais inseridos na AB sejam capazes de utilizar instrumentos que possibilitem a avaliação da forma como os serviços estão organizados visando à transformação e consequente melhoria da qualidade (FARIA, et al., 2009).

Visando a institucionalizar a cultura de avaliação da atenção em saúde e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Atualmente, o PMAQ-AB configura parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”, que traz a proposta de avaliação e coordenação de ações para melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde através das equipes de AB. O PMAQ-AB representa para o Ministério da Saúde uma nova estratégia que busca qualificar a assistência na AB (BRASIL, 2011). Pretende mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013 a).

Para o PMAQ-AB, o processo de trabalho em saúde é avaliado por meio da análise do grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos por normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas (BRASIL, 2013).

Então, um dos principais desafios é a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, os quais são atualmente caracterizados pela baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade (BRASIL, 2007).

A qualificação dos serviços odontológicos é de suma importância, já que desde antes do SUS observa-se na população brasileira uma grande necessidade de ações e serviços em saúde bucal (SB). A trajetória da Odontologia no país é marcada pelo predomínio de programas centralizados e verticais, tendo escolares e trabalhadores inscritos na previdência social como população-alvo por um longo período. Após a criação do SUS a SB passou por mudanças, fazendo com que os serviços odontológicos fossem reorganizados visando a atender toda a população brasileira de forma equânime e integral. Então a partir do ano 2000, a Odontologia começou a fazer parte da AB, pertencendo à ESF e tendo seus princípios e diretrizes como plano diretor para a organização do processo de trabalho dos profissionais (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Neste novo cenário, a importância dada à SB brasileira levou à publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2003, documento que concretizou a organização dos serviços odontológicos no país. A partir da PNSB a Odontologia se fortaleceu e conseguiu se estruturar nos três níveis de atenção: atenção básica (estando inserida na ESF); atenção secundária (com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO) e atenção terciária (dentro dos hospitais) (BRASIL, 2004).

Assim, a Odontologia começou a romper com o modelo assistencial excludente que predominou no Brasil até a década de 80, deixando de ser baseada no curativismo, tecnicismo e biologicismo, passando a realizar vigilância à saúde, integralidade da atenção e buscando um cuidado voltado ao núcleo familiar (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Dentro deste contexto de mudanças e reorganização dos processos de trabalho dentro do SUS é fundamental utilizar a avaliação para o acompanhamento e planejamento de ações visando à melhoria dos serviços ofertados. Assim, vem se

delineando uma política de avaliação dos serviços de saúde do Brasil, propondo que a avaliação seja institucionalizada, ou seja, passe a fazer parte do cotidiano da organização dos serviços (FELISBERTO, 2004; FELISBERTO, 2006). Desta forma o PMAQ-AB se desenvolveu dentro desta proposta de avaliação da AB, incluindo a SB, com o objetivo de qualificar a assistência segundo os princípios dos SUS, contribuindo para sua estruturação e sistematização.

Como ainda são poucos os estudos sobre as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil (CHAVES, VIEIRA-DA-SILVA, 2007; SOUZA, 2012), e seus resultados são contraditórios, com alguns identificando avanços no modelo assistencial (CRUZ et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2013; ALMEIDA et al., 2013), enquanto outros referem a manutenção das práticas tradicionais (ROCHA e GOES, 2008; NASCIMENTO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009; SOARES et al., 2011; PEREIRA et al., 2012; MOURA et al., 2013), recomenda-se a realização de mais trabalhos na área da SB para melhor caracterizar estes serviços.

Assim, há necessidade de mais estudos para avaliar, em âmbito nacional, se os objetivos da PNSB estão sendo atingidos. Uma questão importante é se a forma como o processo de trabalho está sendo conduzido pelas ESB na AB do SUS está incorporando os atributos essenciais da APS. Justifica-se, portanto, a realização do presente estudo para analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESB da AB e verificar se o instrumento utilizado no Ciclo I do PMAQ-AB é capaz de aferir os atributos da APS, uma vez que se tem um bom banco de dados para ser trabalhado. Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para o conhecimento do(s) modelo(s) assistencial(is) em saúde bucal ofertados no Brasil e, assim, auxiliar no planejamento de ações, bem como orientar políticas e programas na área da saúde bucal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, utilizando o instrumento de coleta de dados do Ciclo I do PMAQ-AB.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar se o instrumento de coleta de dados do PMAQ-AB, acerca do processo de trabalho em saúde bucal, expressa os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde;
- Verificar se as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica trabalham de acordo com os atributos da Atenção Primária em Saúde;
- Analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica de acordo com a região geopolítica, o tipo de equipe e o estrato de certificação do PMAQ-AB.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Atenção Básica e Saúde Bucal no Brasil**

O reconhecimento de uma crise no modelo assistencial que predominava no Brasil até a década de 80, no âmbito da saúde coletiva, permitiu o surgimento de propostas que visaram à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com essas, do processo de trabalho.

A promulgação da Constituição em 1988, e a origem do Sistema Único de Saúde (SUS), representaram um marco na gestão de saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Com o SUS, estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços de saúde e em busca de um novo padrão de cidadania. A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Nos anos 90 foram observadas grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil norteadas pela necessidade de ruptura com as formas de organização do sistema de saúde. Essas transformações tiveram seu ponto de partida em 1994, quando o Ministério da Saúde apresentou o Programa Saúde da Família (PSF), e em 1997, na sua segunda versão, já foi considerada como estratégia de reorientação do modelo assistencial, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS). Em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF priorizava as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Ou seja, o PSF teve como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença (BALDANI et al., 2005).

Toda essa transformação foi baseada no reconhecimento mundial de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente-chave dos sistemas de saúde.

Pois há evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde, os quais mostraram melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido considerada como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil. Desde que teve início a reforma do modelo assistencial em saúde, o Brasil vem investindo na ESF para a consolidação da AB, tendo como características do processo de trabalho das equipes: definição do território de atuação (população sob responsabilidade da equipe); programação das atividades (planejamento e organização das agendas) de acordo com as necessidades de saúde da população atendida; realização de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco e vulnerabilidade; realizar atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; desenvolver ações intersetoriais e apoiar o controle social (BRASIL, 2012).

Os serviços de AB no Brasil são, atualmente, orientados segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo desenvolvidos com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. De acordo com essa política, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, ou seja, a principal entrada para o sistema de saúde. Assim como, ela deve ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Infelizmente a reforma do modelo assistencial não aconteceu ao mesmo tempo na Atenção Básica e na Saúde Bucal, visto que somente em 2000 (seis anos após a criação do PSF), por intermédio da Portaria 1.444 do Ministério da Saúde, houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, com a inserção da saúde bucal na ESF (BALDANI et al., 2005).

A Portaria 1.444 do Ministério da Saúde propôs para a reorganização das ações de Saúde Bucal (SB) na AB que as práticas fossem orientadas em consonância com a ESF, ou seja, baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, promovendo o

acesso progressivo das famílias da área de abrangência às ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal. Além disso, propôs que fossem realizadas capacitação, formação e educação permanente dos profissionais e que se instituísse a prática das avaliações de qualidade e impacto das ações em SB (BRASIL, 2000).

Desde a criação do SUS em 1988, a inserção da saúde bucal foi marcada por conflitos e contradições. Antes do SUS predominavam programas odontológicos centralizados e verticais, tendo escolares e trabalhadores inscritos na previdência social como população-alvo. Depois da criação do SUS, esse enfoque tornou-se incompatível com o sistema desejado, unificado e descentralizado de caráter universalista. Abriu-se, então, a possibilidade de conformação de uma agenda para gestão da saúde bucal enquanto política pública (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, no ano de 2003, a incorporação da saúde bucal na ESF foi fortalecida, pois passou a se constituir em um dos pressupostos da política para a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica (BRASIL, 2004).

Assim, a ESF busca a integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, propondo que a família seja objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Como parte deste processo, a inserção da saúde bucal possibilitou o rompimento com os modelos assistenciais excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, articulando as propostas de vigilância à saúde, integralidade da atenção e cuidado voltado ao núcleo familiar (SOUZA e RONCALLI, 2007). Para que a ESF consiga efetivar esse modelo assistencial, que vem sendo preconizado, faz-se necessário realizar mudanças na organização dos serviços, ou seja, no processo de trabalho.

### **3.2 Processo de trabalho em saúde, na Atenção Básica e em Saúde Bucal**

Processo de trabalho é entendido como o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja este. Pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum

objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (FARIA et al., 2009).

Maria Cecília Donnangelo (1975) foi a pioneira no estudo sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. A autora utilizou como referenciais teóricos estudos sociológicos, o que lhe permitiu construir análises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais no Brasil. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, formulou, mais tarde, o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico em particular.

Mendes Gonçalves (1979) estudou a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. Para Marx, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Sendo assim, os três componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho); o objeto de trabalho (a matéria sobre a qual se aplica o trabalho); e os instrumentos ou meios do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

No setor saúde o objeto (o que vai ser transformado) é representado pelas necessidades humanas, já os instrumentos de trabalho podem ser materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações etc. Os segundos são os saberes, que articulam os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais, esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992). De acordo com o autor, objeto e instrumentos de trabalho devem ser intermediados pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade, então pela presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho.

Nessa perspectiva, o conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Ao se introduzir a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), Merhy (1997) recupera

de Marx a concepção de trabalho vivo e trabalho morto. A dimensão processual e transformadora do trabalho vivo em ato na saúde é atribuída à característica desse trabalho que tem a sua essencialidade na ação.

Assim, pode-se concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como “o efeito positivo das alterações sobre a saúde das pessoas” (FARIA et al., 2009).

Na atualidade, o conceito de processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, sendo utilizado, também, nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde etc., permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nessa dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI e SCHRIBER, 2009).

Uma reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é fundamental. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho, ou seja, quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Essas características são muito presentes na AB e, principalmente, na ESF, por isso é importante que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a avaliação com reflexão crítica e transformação do seu processo de trabalho (FARIA, et al., 2009).

Para os autores acima citados, essa avaliação constitui, necessariamente, um momento e um instrumento de crítica de todo o processo e sua execução. Sendo, portanto, uma peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo de trabalho.

Quando se fala em processo de trabalho na AB é importante retomar a concepção de APS originária da Organização Mundial de Saúde - OMS (1978), que a tem como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do

local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Nos anos subsequentes à definição de APS, a OMS realizou avaliações e observou que o sistema de saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumentam a eficácia do conjunto do sistema.

No Brasil adotou-se a definição de APS como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Segundo Mendes (2002), essa é a definição mais correta para APS, do ponto de vista técnico; além de ser a definição mais ampla; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil.

Para Oliveira e Pereira (2013), corroborando Mendes (2002), a APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde. As autoras acrescentam ainda que a APS, é também, um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Segundo Starfield (2002) a APS orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. A autora afirma que só haverá APS de qualidade quando esses princípios forem obedecidos e respeitados.

Vale lembrar que no Brasil foi adotada a designação Atenção Básica (AB), para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global. Ou seja, com essa designação, o governo brasileiro, objetiva contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde (CONASS, 2011).

A dinâmica do processo de trabalho na ESF está integrada aos princípios do SUS, os quais são fundamentados nos atributos da APS que foram propostos por Starfield em 1998. Sendo assim, a qualidade dos serviços ofertados pode ser verificada segundo o quanto o processo e resultado do trabalho se aproximam desses princípios clássicos.

No contexto da análise do processo de trabalho em AB, podemos afirmar que o objetivo geral do SUS, como de todo sistema público nacional e universal de saúde, deve ser a melhoria do nível de saúde da população do país, dentro de limites éticos e econômicos que são estabelecidos socialmente (FARIA et al., 2009).

Porém, segundo Merhy (2002), torna-se um desafio a possibilidade de estudar e pensar, na AB, modelos organizacionais e perfis de trabalhadores que possibilitam atuar sobre as atividades no interior do sistema de saúde e nos seus microprocessos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde e da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações de saúde. Para Abrahão (2007), é necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador, já que um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se preocupar com a promoção da saúde e a qualidade do atendimento tende a cair.

De acordo com Faria et al. (2009) a constituição de uma equipe e seu funcionamento dependem da interação de vários sujeitos que têm objetivos e perspectivas às vezes muito diferentes. Para os autores, o envolvimento de um profissional que “está de passagem” pela ESF será diferente do de um outro que “veste a camisa” da AB.

Pires (2000) (p. 91) também defende que *“é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador (...)”*.

Segundo Souza (2012), é necessário refletirmos sobre a inserção da atenção à saúde bucal dentro de todo esse contexto de reorganização do modelo

assistencial com fortalecimento da atenção básica. É preciso considerar os elementos e atributos da APS, e analisar alguns movimentos necessários às ESB para cumprilos e garantir os avanços do Programa Brasil Sorridente, além de examinar os elementos essenciais do processo de trabalho odontológico em APS e as alternativas de gestão com potencial para aprimorá-lo.

Souza (2012) relembra que a atenção odontológica desenvolvida no Brasil atendeu basicamente à população escolar e às urgências dos demais grupos populacionais urbanos, sendo que os vários programas desenvolvidos seguiam o entendimento da APS seletiva. Assim, o processo de trabalho caracterizou-se por uma prática individualizada, centrada em procedimentos clínicos, fragmenta, visto que não se integrava com outras especialidades odontológicas e outras áreas da saúde pública, voltada para a doença e planejada de maneira centralizada sem empregar método adequado à realidade epidemiológica da população.

Com a PNSB estabeleceram-se bases conceituais imprescindíveis para a organização de um novo modelo de atenção pautado pela renovação da APS e à construção de redes de serviços, tendo as ESB como coordenadoras do cuidado e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como serviço de referência para a atenção de média complexidade, permanecendo os hospitais com responsabilidade sobre a atenção ao trauma e cirurgia bucomaxilofacial (alta complexidade). Assim a PNSB trouxe vários desafios tanto para a reorganização do modelo assistencial, quanto para a revisão do processo de trabalho das ESB (BRASIL, 2004).

Mesmo com as bases conceituais estabelecidas na PNSB e com o financiamento garantido para a reorientação do modelo assistencial e do processo de trabalho em odontologia alguns estudos identificaram dificuldades para se atingir os objetivos dessa política. Pereira, Pereira e Assis (2003) concluíram que os dentistas não se preocupam com o planejamento das atividades odontológicas na rede e persistem em uma prática profissional pautada no modelo da odontologia tradicional, privilegiando ações individuais, curativas e tecnicistas. Também Chaves e Miranda (2008) verificaram que vários dentistas não tinham conhecimento prévio sobre os princípios e diretrizes da ESF, em razão de seu despreparo ou desinteresse próprio.

Já Pimentel et al. (2010) observaram que as ESB têm dificuldades no desenvolvimento das ações integradas às ESF por falta de entrosamento entre

ambas, muitas vezes justificada pela falta de experiência da ESB em lidar com a forma de atuação na ESF. Esses autores também observaram que há falta de conhecimento sobre as necessidades locais devido aos precários diagnósticos e levantamentos epidemiológicos, bem como a existência de grande demanda reprimida por tratamento restaurador o que dificulta a organização do processo de trabalho.

Para Colussi e Calvo (2012), os municípios brasileiros já avaliados apresentam dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da ESF, sendo que seus princípios ficam perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. Outros problemas detectados foram a falta de capacitação das ESB, a precarização das relações de trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e equipes da ESF.

Souza (2012) revela ainda que há vários profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado a lado, sem articulação e sem comunicação, comprometendo a integralidade das mesmas. Segundo o autor ver o dentista fora do consultório, realizando visitas domiciliares, por exemplo, ainda causa estranheza à população e conflito com os gestores. Esses sentimentos representam, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive. Constata também que gestores municipais e as ESB apresentam dificuldades para implantar gestão dos sistemas locais e processos de trabalho que efetivamente cumpram os pressupostos da PNSB e os atributos da APS.

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns, ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às ESF no processo de trabalho em equipe. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão (BRASIL, 2006).

Assim, para gerenciar uma unidade de saúde deve-se conduzir o processo de trabalho da equipe de maneira compartilhada, coordenando a interação dos saberes dos seus componentes para atingir os resultados desejados (SOUZA, 2012).

Coradini et al. (2004), também acreditam que a reorientação da APS depende da articulação dos saberes e das práticas dos diferentes profissionais em uma nova organização do trabalho, sendo que o consenso no entendimento de competências pode impulsionar essa transformação do processo de trabalho nas equipes de saúde.

Como foi visto, a ESF surgiu com o intuito de reorganizar o processo de trabalho em saúde, particularmente no nível da atenção básica, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Logo, a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial de uma equipe de AB, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS.

### **3.3 Atributos da Atenção Primária à Saúde**

Como foi visto, no Brasil, o sistema de saúde preconiza os valores e os princípios da APS, sendo um sistema que pretende enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2007).

O novo modelo assistencial adotado no Brasil está fundamentado nos atributos da APS, propostos por Starfield (1998), e tem a ESF como ponto central para a reorganização da prestação de serviços de saúde. Assim, a ESF traz como atributos essenciais a facilitação do primeiro contato da população com a atenção básica; o seguimento longitudinal das famílias (acompanhamento no tempo e no território); a integralidade e a coordenação das ações nos vários pontos de atenção. Sendo que a concretização destes atributos é o grande desafio apresentado às equipes de saúde e aos gestores dos serviços (CRUZ et al., 2009).

Logo, é de grande importância o correto entendimento dos princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação;

assim como dos princípios derivados desses: a centralização na família, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Temos as unidades de saúde como uma das portas de entrada, devendo ser responsáveis pelo primeiro contato das pessoas, das famílias e da população com o sistema de saúde, sendo que o atributo de primeiro contato refere-se a dois aspectos: o primeiro diz respeito à ausência de barreiras que dificultem o acesso da população, como a localização da unidade de saúde e horário de funcionamento; e o segundo se refere ao reconhecimento que a população demonstra ao utilizar os serviços como seu primeiro recurso para o atendimento a um novo evento de saúde ou a um novo episódio de um problema antigo (SOUZA, 2012).

Para Starfield (2002), primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. A ESF preconiza a proximidade dos serviços à residência dos usuários, na tentativa de facilitar esse primeiro contato (BRASIL, 2006).

Embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Levando-se em consideração os aspectos organizacionais, Travassos e Martins (2004) colocam que a acessibilidade abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento.

A longitudinalidade é entendida como o uso do serviço como fonte regular de atenção ao longo da vida das pessoas para o acompanhamento dos seus problemas de saúde. Trata-se do principal atributo que caracteriza o vínculo entre a população e a equipe (SOUZA, 2012).

Starfield (2002) considera a longitudinalidade como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Podendo ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), os estudos sobre longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles. Com a presença desse atributo, tende-se a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

A longitudinalidade do cuidado pode ser compreendida como uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde (BRASIL, 2007). O vínculo e a responsabilização, contidos no modelo assistencial brasileiro, referem-se a esse conceito. Sendo assim, a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que pode ser traduzido em uma unidade de saúde com equipes estáveis.

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Nacional de Humanização (PNH) com o propósito de modificar o processo de trabalho em saúde, utilizando o acolhimento como uma das ferramentas de mudança. Neste contexto, o acolhimento consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las. Assim, a tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma estratégia para o alcance da longitudinalidade,

pois está fortemente relacionada à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado (BRASIL, 2003).

A integralidade é um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, e abordagem integral do indivíduo e das famílias (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A dimensão da integralidade que pressupõe a promoção da saúde e a prevenção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-adoecimento é decorrência de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade. Implica, paralelamente, por parte do Estado, a formulação de políticas sociais e econômicas que extrapolem o enfoque de risco e atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A segunda dimensão toma a integralidade como garantia de acesso a diversos níveis de atenção, cuja característica básica é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde. Pressupõe, portanto, a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Sendo assim, a atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil.

A terceira dimensão da integralidade é, na verdade, a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, sendo necessária uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A última dimensão da integralidade está relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, dependendo da

criação de vínculo, acolhimento e autonomia, o que, na verdade, valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos, constituindo a possibilidade de um cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para Souza (2012), a integralidade é a capacidade dos serviços em oferecer um conjunto de ações para atender aos problemas mais comuns identificados na população.

Já para Starfield (2002), a integralidade implica que as unidades de APS devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Assim, deve incluir o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Ou seja, APS deve responder a essas demandas enquanto capacidade resolutiva, e a equipe deve reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Nesse sentido, deve ficar claro que as equipes de saúde devem encontrar o equilíbrio entre a resolubilidade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional.

Em documento técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), cuidado integral é referido como a capacidade da equipe de saúde em lidar com as necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, seja resolvendo (em 85% das situações) ou referindo aos pontos de atenção à saúde (cuidados secundários, terciários ou outros setores como educação, saneamento, habitação etc.). Assim, integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, onde necessidades básicas bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas.

Segundo Souza (2012) a coordenação do cuidado pressupõe a garantia da continuidade da atenção ao usuário, isto é, acompanha-lo em outros serviços especializados, quando necessário. Sob o aspecto organizacional, a coordenação diz respeito às formas de relacionamento dos serviços de APS com os demais pontos de atenção disponíveis na rede prestadora.

Para Oliveira e Pereira (2013), a coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados.

De acordo com Starfield (2002), a coordenação relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário.

A coordenação do cuidado é essencial para o sucesso dos demais atributos da APS, pois é fundamental que haja coordenação das ações/respostas. Como a essência da coordenação é a informação, a disponibilidade e a utilização desta, possibilita o correto funcionamento da APS. Ou seja, coordenação do cuidado nada mais é do que a organização das respostas ao conjunto de necessidades em saúde (BRASIL, 2007).

Assim, fica claro que esses quatro atributos são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde. Sendo que a coordenação tem uma maior importância relativa, já que, sem ela o primeiro contato torna-se uma função meramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Com relação aos atributos derivados temos: o enfoque familiar que remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como o reconhecimento da família como espaço singular; a orientação comunitária que abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto físico, econômico e cultural, ou seja, implica reconhecer que todas as necessidades de saúde da população ocorrem em um contexto social determinado; e a competência cultural que trata da capacidade de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas de populações diversas, que podem estar afastadas dos serviços pelas suas peculiaridades culturais como diferenças étnicas e raciais, entre outras (BRASIL, 2006).

Conhecer os atributos da APS é fundamental para compreender o funcionamento da AB, que considerando o sujeito em sua singularidade e inserção

sociocultural, busca produzir uma atenção integral. Essa compreensão é de extrema importância no processo de reorientação do modelo assistencial brasileiro, assim como na reorganização do processo de trabalho da AB.

### **3.4 Avaliação em saúde**

Diante da atual situação em que o Brasil se encontra, reorganizando as práticas e o processo de trabalho em saúde com base nos atributos da APS, é fundamental utilizar a avaliação para o conhecimento, acompanhamento e planejamento de ações que levem à melhoria nos serviços ofertados em todos os níveis do SUS. É válido lembrar que existem diferentes modelos de avaliação, porém a pretensão é sempre de comparar um padrão almejado com a realidade, sendo que de acordo com Novaes (2000) em todos os tipos de avaliação a ideia de qualidade está presente uma vez que, quando atribuímos determinado valor a algo e este valor for julgado positivo, significa que há qualidade.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. Frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. Logo, deve-se utilizar estratégias para superar este caráter punitivo da avaliação, e assim, estimular o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, e elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos acordados por esse mesmo coletivo (BRASIL, 2013 a).

Para Felisberto (2004), a avaliação em saúde abrange duas dimensões: a do cuidado e a da gestão. Sendo a avaliação fundamental na identificação de problemas e na reorientação das ações desenvolvidas no âmbito da saúde, a prática de avaliações potencializa a utilização dos instrumentos de gestão, subsidia o planejamento e contribui para a qualificação da atenção à saúde.

A avaliação como componente da gestão em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e práticas sanitárias na rotina dos profissionais, além de mensurar o impacto das ações

implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

De acordo com Contandriopoulos (1997), avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Sendo assim, para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação normativa é definida como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

No setor saúde, encontramos frequentemente essas abordagens de avaliação. A abordagem normativa é relacionada ao êxito técnico das ações em saúde na perspectiva de quantificação, destinando-se à análise da eficácia e/ou eficiência de um dado programa, comparação dos recursos utilizados e os resultados alcançados em relação aos traçados, mediante parâmetros previamente estabelecidos. Já a abordagem formativa é focada no julgamento prático de uma ação e na visão qualitativa, da efetividade de um programa, buscando compreender o simbolismo, valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos. Além disso, observa-se adoção de metodologias que mesclam técnicas quantitativas e qualitativas para compreensão dos fenômenos (BOSI e UCHIMURA, 2007; TANAKA e TAMAKI, 2012).

A avaliação, na perspectiva da qualidade, foi sistematizada na década de 1980 por Avedis Donabedian. Este autor desenvolveu um quadro conceitual embasado na abordagem normativa da Administração Clássica, com enfoque na tríade eficiência-efetividade-eficácia para definição de estratégias, critérios e padrões para se medir qualidade em serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Os componentes dos processos de avaliação definidos por Donabedian são divididos em: estrutura, envolvendo recursos humanos, organizacionais e materiais dos serviços; processos, caracterizados pelo conteúdo e dinâmica da assistência à saúde, relações entre profissionais e usuários; e resultados, que constituem respostas alcançadas junto a indivíduos e grupos referentes a melhorias nas condições de saúde e bem-estar e ao nível de satisfação com os serviços e os cuidados recebidos (REIS et al., 1990).

No momento em que se discute a reorganização dos serviços de saúde no Brasil o tema da qualidade dos serviços, em seus termos mais amplos, ganha relevância. Nas últimas décadas, a maioria dos estudos sobre qualidade dos serviços baseia-se nas categorias propostas por Donabedian, logo, para a avaliação sugere-se selecionar um conjunto de indicadores representativos desses três principais componentes da qualidade (estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 2005).

A avaliação da estrutura se desenvolve, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, enquanto processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população. O estudo da estrutura avalia as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde considerando: organização administrativa; descrição das instalações; e o perfil dos profissionais (preparação e experiência). Já a avaliação do processo descreve as atividades do serviço de atenção à saúde, ou seja, está voltada para a análise da competência do profissional no tratamento dos problemas de saúde, compara os procedimentos empregados aos estabelecidos como normas (protocolos). E a avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 2005).

A satisfação do paciente pode ser considerada um indicador de qualidade do processo ou resultado final do cuidado. Mas esta estratégia tem sido rotulada como uma simplificação, pois vários fatores afetam a percepção do paciente, entre eles: experiências anteriores de cuidado, condições em que essas experiências se deram e o seu estado atual de saúde (REIS et al., 1990).

Os atributos da APS também são considerados importantes indicadores da qualidade das ações e serviços, com potencial impacto na saúde da população.

Repercutem ainda no alcance de maior equidade, em maior satisfação dos usuários e em menores custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Temos, também, um instrumento de autoavaliação das equipes de saúde da família, AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, integrando um conjunto de ações que visam à institucionalização da avaliação no país, que segundo Felisberto (2004) tem o objetivo de incorporar a avaliação à prática de gestão e articulá-la com os processos de programação.

De acordo com Felisberto (2004), para que ocorra a institucionalização da avaliação, que seria a sua incorporação à rotina dos serviços, como subsidiária ou intrínseca ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas e aos processos decisórios, é necessário que os sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços) sejam coautores na construção dos instrumentos de avaliação.

Nos últimos anos vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica pelo Ministério da Saúde que busca superar seus limites organizacionais propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde. Esta é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006).

A institucionalização da avaliação possui, então, um objetivo indissociado do desafio de consolidação do SUS através da qualificação das práticas, orientada pelo princípio da integralidade, possibilitando a organização de um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade. O objetivo é qualificar a atenção básica segundo os princípios do SUS, contribuindo para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

Assim, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que busca conhecer as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados, fazendo comparação tanto com as condições e tecnologias previstas quanto com os resultados e metas a serem alcançados para posterior tomada de decisões de maneira mais racional possível (CÉSAR e TANAKA, 1996).

Logo, a avaliação deve ser um processo permanente e sistemático, articulado às ações implementadas, tornando-se dinâmica, integrada ao processo decisório e deve estar presente nas diferentes esferas de gestão (SOLLA e SANTOS, 2002).

Porém, a utilização de processos avaliativos em instituições públicas ainda é pequena, principalmente devido às concepções ultrapassadas da atividade de avaliar, pois a avaliação ainda é vista, por muitos, como um processo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle (NICKEL, 2008).

Pisco (2006) ressalta esse aspecto importante da prática avaliativa, ao evidenciar que um forte desafio se encontra na dificuldade dos profissionais de saúde em visualizar a avaliação como um processo positivo. A realidade mostra que os mesmos enxergam por uma ótica de imposição por parte da gestão, apesar da intenção e motivação dos profissionais para prestação de cuidados que respondam às necessidades apresentadas pelos usuários.

O autor afirma ainda que o objetivo principal da implantação de um programa para melhoria de qualidade seria de torná-lo componente laboral permanente da atenção à saúde, preferencialmente de cunho voluntário e sistemático, de maneira individual ou grupal, de forma que conheçam a realidade em que atuam, planejem e intervenham sobre a mesma. Sendo continuamente discutida a maneira de sustentar e efetivar esses processos no cotidiano.

Para superar as concepções ultrapassadas de avaliação em saúde o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) foi fundamental para garantir o desenvolvimento de estratégias de sustentabilidade e construção de estruturas permanentes de avaliação no âmbito dos estados e a conseqüente capilarização da ideia para as gestões municipais (FELISBERTO, 2004).

Posteriormente, na perspectiva de institucionalizar a prática avaliativa, visando a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde implantou no Brasil, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Sendo, na verdade, uma proposta de indução de política, o PMAQ-AB levou gestores e profissionais a terem acesso a um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho realizado pelas equipes de saúde (BRASIL, 2012 a; BRASIL, 2013; BRASIL, 2013 a).

No âmbito do SUS, Felisberto (2004) aponta a ESF como indutora do processo de uma “cultura avaliativa” na AB. O enfoque estratégico sobre a AB como porta de entrada e reordenadora do SUS vem se fortalecendo com a implantação de mecanismos avaliativos sobre o modelo adotado.

A institucionalização da avaliação na AB é apontada como elemento crucial para a qualificação deste nível assistencial, favorecendo a constituição de processos organizados e sistemáticos, envolvendo a gestão, o cuidado e o impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

### **3.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi pensado com o objetivo de incentivar os gestores e os profissionais a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados aos cidadãos brasileiros, além de institucionalizar a cultura de avaliação nos serviços do SUS, para que os processos avaliativos se tornem contínuos e permanentes (BRASIL, 2012 a). Para isso foram criadas ferramentas, as quais foram elaboradas seguindo os princípios e diretrizes da atenção básica, com o objetivo de formar um conjunto de padrões que consigam declarar a qualidade esperada dos serviços prestados (BRASIL, 2012 a).

As ferramentas disponibilizadas englobam a avaliação dos profissionais, do desempenho das equipes, assim como da infraestrutura disponível. Assim temos, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ); os Indicadores de

Desempenho e de Monitoramento; e o Instrumento de Avaliação Externa como dispositivos para realizar a avaliação do processo, da estrutura e do resultado dos serviços realizados na AB (BRASIL, 2013 a).

Nessa perspectiva de avaliação dos serviços de saúde, o PMAQ-AB foi estruturado a partir de sete diretrizes, quais sejam: 1) possuir parâmetros de comparação entre as equipes considerando as diferentes realidades de saúde, ou seja, respeitando os diferentes contextos; 2) ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes; 3) ser transparente, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; 4) envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores dos três níveis de atenção, as equipes e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; 5) desenvolver cultura de negociação e contratualização; 6) estimular a efetiva mudança de modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e 7) ter caráter voluntário para adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, pois seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2012 a).

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto e referencial, é esperado que o PMAQ-AB esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013 a).

Vale ressaltar que os padrões de qualidade desejados foram construídos considerando algumas diretrizes como: refletir os princípios e diretrizes da PNAB; refletir os objetivos centrais e as diretrizes do PMAQ-AB; ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos; estimular efetiva mudança do modelo de atenção e a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2013).

O Ciclo I do PMAQ-AB estava organizado em quatro fases que conformavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

Fase 1 - adesão e contratualização - sendo que a adesão é voluntária e deve ser feita entre as equipes e o gestor e homologada entre o gestor e o Ministério da Saúde; ocorre a pactuação de compromissos e indicadores;

Fase 2 - desenvolvimento - o gestor municipal e as equipes de AB reconhecem as necessidades de melhoria e atuam para modificar e qualificar a AB, inclui ações de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, apoio institucional às equipes e educação permanente;

Fase 3 - avaliação externa – sendo que o instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, da seguinte maneira: Módulo I Observação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Módulo II Entrevista com os profissionais da equipe de AB e verificação de documentos na UBS visando obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço, Módulo III entrevista com o usuário na UBS, e Módulo eletrônico o qual deve ser respondido pelo gestor no site do Programa;

Fase 4 - recontratualização - baseada na avaliação de desempenho será realizada uma nova pactuação de indicadores e compromissos completando o ciclo previsto pelo programa (BRASIL, 2013b).

Assim, a avaliação dos profissionais é composta por três partes, sendo que cada uma representa uma porção da nota final que pode ser alcançada durante as etapas do processo de avaliação proposto pelo PMAQ-AB:

- 1) Uso de instrumento para autoavaliação da equipe, que corresponde a 10% da nota;
- 2) Desempenho em resultados nos indicadores de saúde (indicadores de desempenho e de monitoramento contratualizados), que corresponde a 20% da nota; e
- 3) Desempenho nos padrões de qualidade que são verificados por avaliadores externos que visitam a equipe, que corresponde a 70% da nota (BRASIL, 2013 a).

No PMAQ-AB a certificação é norteadada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes, e para as equipes que participaram do Ciclo I do programa, também do desempenho da equipe consigo mesma. Com o

intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de atenção básica no processo de certificação, os municípios foram distribuídos em estratos. Devido à diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, os municípios foram distribuídos em seis estratos, definidos com base em critérios de equidade, para que o desempenho de suas equipes seja comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (BRASIL, 2013 a).

Assim, o processo de certificação do PMAQ-AB deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Vale lembrar que a cada ciclo do Programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população. Com base na certificação, uma nova reconstrução de compromissos com relação a indicadores e ações poderá ser realizada entre gestores e equipes e destes com o Ministério da Saúde, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa (BRASIL, 2013 a).

Desde a implantação do PMAQ-AB, já foram realizados dois ciclos, o primeiro teve início em 2011 e foi concluído em 2013, obtendo adesão de 17.482 equipes de saúde do Brasil, o que corresponde a 54,1% das 32.337 equipes de atenção básica implantadas até o período de adesão a este ciclo; o segundo aconteceu no período de 2013-2014 e teve uma adesão de 30.522 equipes de saúde. Atualmente, está sendo realizado o terceiro ciclo, que teve início em 2015, sendo que ainda não foram disponibilizados dados a respeito do mesmo (BRASIL, 2015; BRASIL, 2015 a).

Espera-se que o PMAQ-AB possa auxiliar e subsidiar gestores e trabalhadores da saúde no planejamento de ações e nas reflexões de seus processos de trabalho, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas (BRASIL, 2015).

### 3.6 Novas abordagens analíticas em estudos de avaliação

Nas ciências sociais e humanas e nas ciências biológicas e da saúde, os métodos tradicionais de análise nem sempre permitem a avaliação de referenciais teóricos flexíveis, pois frequentemente o investigador se depara com variáveis que não são diretamente observáveis, sendo observáveis apenas os seus efeitos ou manifestações. Estas variáveis, ditas latentes, não sendo diretamente mensuráveis só podem ser sentidas por intermédio de outras variáveis ou indicadores (MARÔCO, 2014). Assim, a utilização da Análise Fatorial (AF) tornou possível o estudo das variáveis latentes.

O aparecimento de *softwares* para AF de fácil utilização permitiu generalizar o uso da mesma. O *Mplus*, por exemplo, procura fazer a integração de diferentes técnicas estatísticas num quadro metodológico que integra conceitos estatísticos associados a variáveis latentes, às suas combinações com outras metodologias e às suas extensões. A versão base do *Mplus* permite realizar análise de regressão clássica e categorial, análise de trajetórias, análise fatorial (exploratória e confirmatória) e análise de modelos estruturais com variáveis quantitativas e qualitativas (MARÔCO, 2014).

A AF é uma técnica estatística cujo objetivo é identificar um conjunto reduzido de variáveis latentes (fatores ou constructos) que expliquem a estrutura correlacional observada entre um conjunto de variáveis manifestas. O princípio básico da AF é relativamente simples: a correlação entre um conjunto de variáveis manifestas é devida à existência de um, ou mais, fator(es) latente(s) comum(ns) a essas variáveis manifestas (MARÔCO, 2014).

Para Lattin, Carroll e Green (2011) a AF diz respeito à identificação de fontes subjacentes de variação comum a duas ou mais variáveis (chamadas fatores comuns), tendo como fim a redução da dimensão de dados multivariados.

Hair Jr. et al. (2009) acreditam que a AF pode ser utilizada para examinar os padrões ou relações latentes para um grande número de variáveis e determinar se a informação pode ser condensada ou resumida a um conjunto menor de fatores. Para os autores, a AF fornece as ferramentas para analisar a estrutura das correlações em

um grande número de variáveis, definindo conjuntos de variáveis que são fortemente inter-relacionadas, conhecidos como fatores.

A AF pode ser classificada em dois tipos, de acordo com a inexistência ou existência, *a priori*, de hipóteses sobre a estrutura correlacional: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC), respectivamente (MARÔCO, 2014).

O objetivo da AFE é identificar os fatores comuns e explicar sua relação com os dados observados, ou seja, deixamos os padrões observados de associação nos dados determinar o fator de solução, o objetivo é inferir a estrutura do fator a partir dos padrões de correlação nos dados (LATTIN, CARROLL e GREEN, 2011).

Já na AFC começa-se com uma forte noção prévia (em relação a quais variáveis carregam sobre quais fatores) que é suficiente para identificar-se o modelo, a meta é a confirmação, testa-se a noção prévia para determinar se ela é consistente com o padrão dos dados (LATTIN, CARROLL e GREEN, 2011).

A AFE deve ser usada quando não há informação prévia sobre estrutura fatorial que pode explicar as correlações entre as variáveis manifestas, aqui, os fatores latentes explicam as correlações entre variáveis manifestas e a técnica, ou seja, determina-se que fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de quais variáveis manifestas. A AFE, como o próprio nome já diz, é utilizada quando se deseja explorar os dados, revelar construtos ou dimensões (MARÔCO, 2014).

O primeiro passo para a realização dessa técnica é verificar o grau de associação entre as variáveis de interesse através da matriz de correlação teórica. É desejável que a maioria das variáveis sejam significativamente correlacionadas entre si, já que o objetivo principal dessa técnica é compreender como tais variáveis se agrupam e formam blocos, chamados de fatores comuns, que representam domínios independentes em que as variáveis pertencentes a ele são correlacionadas entre si e as variáveis latentes são não correlacionadas (MINGOTI, 2005).

O segundo passo é estimar a matriz das cargas fatoriais, que representam o grau de relacionamento linear entre a variável original e o fator comum; e escolher o número de fatores independentes a serem retidos. A escolha do número de fatores

a serem retidos, é feita através da análise dos autovalores (*eigenvalues*) – medida de quanto da variância total das medidas realizadas pode ser explicada pelo fator (PEREIRA, 2001).

Se o autovalor for maior ou igual a um, isso significa que esse fator contribui, no mínimo, com a mesma variância de uma única variável e, nesse caso, é retido no modelo. Por outro lado, se o autovalor for menor que um significa que a variância que tal fator consegue explicar é menor que o de uma única variável; dessa forma mantê-lo no modelo não faz sentido, pois, como dito anteriormente, o objetivo é reduzir um número complexo de variáveis a uma menor quantidade de fatores que expliquem uma proporção significativa dos dados (MINGOTI, 2005).

Assim, a AFE é um método de redução de dados onde se assume que a variância de uma variável é composta por três aspectos: variância específica (refere-se à porção de variância do item que não é compartilhada com nenhuma outra variável), variância comum (variância que é compartilhada em todos os itens que compõem determinado fator), e variância de erro (parcela do item não explicada pelo fator) (DAMÁSIO, 2012).

Em todos os procedimentos exploratórios, é preciso avaliar o grau com que a análise descritiva capta características da população como um todo e não apenas as características da amostra selecionada. Portanto, necessita-se perguntar se os resultados da análise são generalizáveis. Pode-se responder esse questionamento com o uso de uma amostra teste, ou com uma abordagem mais rigorosa, utilizando a AFC para testar a estrutura fatorial específica identificada nessa primeira amostra (LATTIN, CARROLL e GREEN, 2011).

Para a avaliação da confiabilidade fatorial, Damásio (2012) incentiva o uso de métodos como a AFC para observar a adequação do ajuste do modelo fatorial.

A AFC é um método confirmatório que se usa quando há informação prévia sobre estrutura fatorial que é preciso confirmar (MARÔCO, 2014). Segundo Hair Jr. et al. (2009), na AFC o pesquisador tem ideias preconcebidas sobre a real estrutura dos dados, baseado em suporte teórico ou em pesquisas anteriores.

A AFC fornece testes de qualidade de ajuste para os modelos e erro padrão para os parâmetros, sendo que estes podem ser utilizados para avaliar a significância estatística de diferentes modelos (LATTIN, CARROLL e GREEN, 2011).

Uma das etapas da AFC é a fase de avaliação da qualidade do modelo, que tem como objetivo avaliar o quão bem o modelo teórico é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas na amostra em estudo. Atualmente, existem dezenas de estatísticas que podem ser utilizadas para a avaliação da qualidade do ajustamento (MARÔCO, 2014).

Assim, para que um construto seja válido é necessário primeiramente investigar a dimensionalidade do instrumento por meio da AFE, para posteriormente ajustar um modelo que melhor meça este construto (PEREIRA, 2001).

O uso da AFC tem sido considerado uma ferramenta estatística apropriada para obter-se a validade de construto, pois esta análise possibilita a testagem de hipóteses cruciais, o que não é possível com o uso das técnicas analíticas exploratórias. Logo, a AFC é de grande valor no processo de revisão e refinamento de instrumentos de aferição e suas estruturas fatoriais (PEREIRA, 2001).

Mesmo diante de tantos estudos a respeito do tema, a incorporação dos atributos da APS aos processos de trabalho dos profissionais da saúde, e conseqüentemente ao seu processo de avaliação, ainda não tem sido observada com a frequência desejada. Nesse contexto, surge a possibilidade de se trabalhar as variáveis medidas no instrumento de coleta de dados utilizado pelo PMAQ-AB e os atributos essenciais da APS através da Análise Fatorial.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Desenho e Local do Estudo**

Esta é uma pesquisa quantitativa, que utilizou uma base de dados secundários. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e analítico, de abrangência nacional, no qual as medidas das observações podem ser agregadas a partir de dados oriundos de observações de outros níveis (ROTHMAN, GREENLAND e LASH, 2011). Aqui, as unidades de análise foram agregadas para o nível dos municípios. Este estudo está vinculado à Avaliação Externa e Censo das Unidades Básicas de Saúde do PMAQ-AB (terceira etapa do Programa) do Ciclo I, a qual foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com várias Instituições de Ensino e Pesquisa.

Além dos dados do ciclo I do PMAQ-AB, que ocorreu em 2012/2013, foram também utilizados dados provenientes do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, e estimativas intercensitárias. Foram incluídos dados das ESB que aderiram ao Ciclo I do PMAQ-AB, as quais estão distribuídas por todas as Unidades Federativas (UF) do Brasil.

O Brasil é o maior país da América do Sul, sendo o quinto maior do mundo em área territorial, com população de mais de 200 milhões de habitantes é uma das nações mais multiculturais e etnicamente diversas, em decorrência da forte imigração oriunda de variados locais do mundo (IBGE, 2010). É uma República Federativa Presidencialista, formada pela união do Distrito Federal, dos 26 Estados e dos 5.570 municípios, os quais estão distribuídos em cinco regiões (Norte-N, Nordeste-NE, Sul-S, Sudeste-SE e Centro Oeste-CO) (IBGE, 2010).

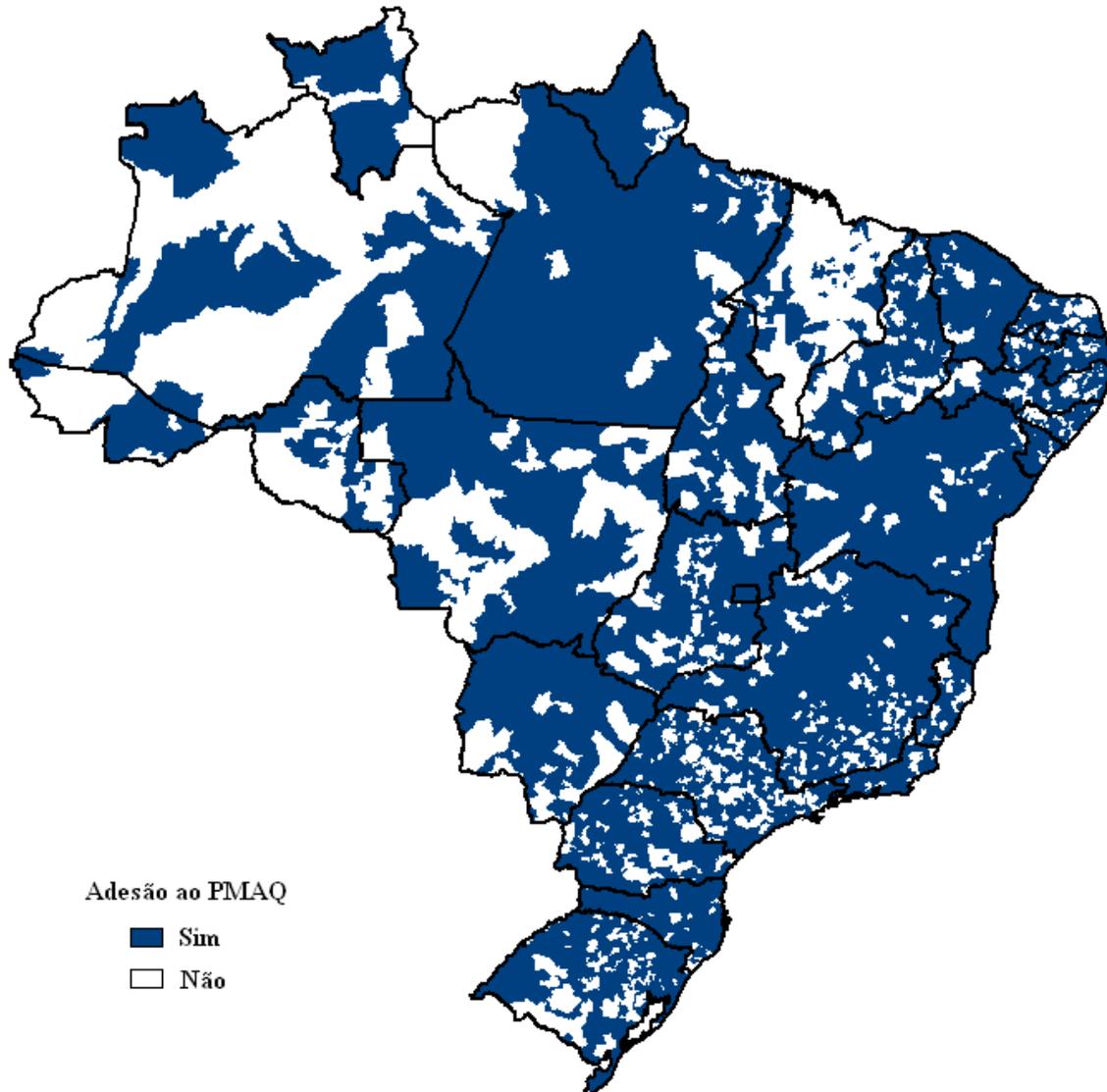
### **4.2 Participantes**

Quando da realização do Ciclo I do PMAQ-AB, havia 32.337 equipes de AB implantadas no Brasil, sendo que deste total apenas 17.482 aderiram ao Ciclo I do programa, o que corresponde a 54,1% das equipes de atenção básica. Logo, apenas esse percentual participou do presente estudo (BRASIL,2015; BRASIL, 2015 a).

As 17.482 equipes que aderiram ao ciclo I do PMAQ-AB estavam distribuídas em 3.965 municípios, o que corresponde a 71,3% dos municípios brasileiros, conforme Figura 1. Trata-se, portanto, de estudo populacional de

abrangência nacional.

**Figura 1.** Mapa esquemático da distribuição dos municípios brasileiros que aderiram ao Ciclo I do PMAQ-AB. Brasil. 2012-2013.



Fonte: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php) (2016).

Não existe um consenso sobre o número ideal de respondentes necessário para cobrir todo o traço latente estudado (atributos essenciais da APS). Entretanto, amostras grandes, com número de respondentes igual ou superior a 1000, são em geral consideradas suficientes (STREINER e NORMAN, 2006).

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta dos dados utilizados no presente estudo foi realizada durante a fase três do Ciclo I do PMAQ-AB, em 2012-2013, e consistiu na Avaliação Externa. Para o presente estudo foram utilizados apenas os dados referentes ao Módulo II do instrumento. Nesse módulo foram realizadas entrevistas com os profissionais das equipes de AB que aderiram a esse ciclo, assim como foi feita a verificação de documentos nas UBS visando a obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço. Vale ressaltar que das questões respondidas pelos profissionais foram utilizadas, neste estudo, apenas as referentes ao processo de trabalho das ESB, quais sejam: II. 36 e II. 37 (BRASIL, 2012 b) (Anexo A).

Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que aplicaram os instrumentos avaliativos.

As rotas para coleta dos dados foram traçadas pela coordenação das Instituições de Ensino e Pesquisa, a partir de lista fornecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações dos municípios e unidades que solicitaram avaliação externa.

Antes do deslocamento dos avaliadores, a coordenação e supervisor contataram os gestores municipais, informando a data provável da visita. Ao chegar a cada município, o supervisor se deslocava até a SEMUS e confirmava as unidades em funcionamento, turnos de trabalho, endereço e telefone. Cada avaliador, então, na UBS sob sua responsabilidade, aplicava o módulo II, que compreendia entrevista com o coordenador da equipe de saúde.

### **4.4 Variáveis do Estudo**

Na análise fatorial foram utilizadas as variáveis referentes às questões do módulo II, seções 36 e 37, do Instrumento de Avaliação Externa do Ciclo I do PMAQ-AB (Quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis relacionadas ao processo de trabalho em saúde bucal. PMAQ-AB, 2012-2013.

<b>Variável</b>	<b>Pergunta</b>	<b>Categorias de resposta</b>
v1	Como são agendadas as consultas em SB?	Qualquer dia da semana em qualquer horário; qualquer dia, em horários específicos; 4 ou mais dias específicos fixados na semana; até 3 dias específicos fixos; ou outro
v2	A equipe faz todos os procedimentos básicos de SB? <sup>1</sup>	Sim ou não
v3	Existe acolhimento à demanda espontânea específica para SB?	Sim ou não
v4	O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?	Sim ou não
v5	A oferta é definida em função do risco identificado?	Sim ou não
v6	A ESB utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?	Sim ou não
v7	A equipe garante agenda p/ a continuidade do tratamento de quem iniciou tratamento?	Sim ou não
v8	A equipe realiza campanhas p/ detecção de lesões suspeita de câncer de boca e encaminha casos de câncer de boca?	Sim ou não
v9	A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?	Sim ou não
v10	Existe Centro de Especializado de odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?	Sim ou não
v11	O município possui referência para quantas das especialidades obrigatórias <sup>2</sup>	0, 1, 2, 3, 4 ou 5
v12	Número de protocolos de fluxo de encaminhamento. <sup>3</sup>	0, 1, 2, 3 ou 4
v13	A ESB promove ações p/ identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?	Sim ou não
v14	A ESB realiza a moldagem da prótese dentária na Unidade de Saúde?	Sim ou não
v15	A equipe possui referência para profissional protesista?	Sim ou não
v16	A ESB realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário?	Sim ou não
v17	Existe Laboratório de Prótese Dentária no município?	Sim ou não
v18	Qual é o tipo de prótese realizada no laboratório? <sup>4</sup>	0, 1, 2 ou 3

v19	Após solicitado pelo profissional da Atenção Básica, qual tempo médio, em dias, de espera em cada especialidade. <sup>5</sup>	0, 1, 2, 3, 4 e 5
-----	---	-------------------

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa, Módulo II, Ciclo I do PMAQ-AB, 2012-13.

<sup>1</sup>Aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta, exodontia, selamento provisório de cavidade dentária, curativo de demora, drenagem de abscesso dento-alveolar, raspagem, alisamento e polimento supragengivais.

<sup>2</sup>Endodontia, Periodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Estomatologia, Outra.

<sup>3</sup>Solicitação de prótese; Referência e contra referência p/ CEO ou outro serviço; Casos suspeitos de câncer; Pessoas portadoras de necessidades especiais.

<sup>4</sup>Total, parcial removível e fixa.

<sup>5</sup> Endodontia, Periodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Estomatologia e Outra.

Testou-se se essas variáveis poderiam ser reduzidas aos atributos essenciais da APS (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) por meio da construção de variáveis latentes (fatores 1 a 4).

Em uma análise descritiva, para a comparação de como estava o processo de trabalho das ESB da atenção básica no Brasil, consideramos ainda as variáveis: região geopolítica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), tipo de ESB (ESF, parametrizada ou outra) e estrato de certificação do PMAQ-AB (1 a 6).

Com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do país, o Ministério da Saúde considerou, para o Ciclo I do PMAQ-AB, as equipes de Saúde da Família que são a estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, mas reconheceu a necessidade de incorporar, nos processos de qualificação, as equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades, desde que as mesmas cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa.

Para efeitos de parametrização no PMAQ-AB, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficou condicionada ao seu cadastramento no CNES, seguindo algumas orientações de organização das cargas horárias dos profissionais, assim como da composição das equipes de acordo com manual instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012 a).

Na análise do processo de trabalho das equipes adotou-se a classificação de cada município em um dos seis estratos de classificação determinados pelo PMAQ-AB. Para a formação dos estratos o PMAQ-AB utilizou um índice que variava de zero a dez, composto por cinco indicadores conforme disposto no manual do programa, que distribui os municípios nos seis estratos de acordo com sua pontuação

total e seu porte populacional conforme mostrado no Quadro 2 (BRASIL, 2012 a). A pontuação foi baseada em cinco itens: 1- Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; 2- Percentual da população com plano de saúde; 3- Percentual da população com Bolsa Família; 4- Percentual da população em extrema pobreza; e 5- Densidade demográfica.

**Quadro 2.** Critérios para a indicação dos estratos do PMAQ-AB.

<b>Estrato</b>	<b>Critérios da Estratificação</b>
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo (BRASIL, 2012 a).

#### 4.5 Análise estatística

Foi utilizada a AFE para a construção dos fatores (variáveis latentes). Foram estimadas as cargas fatoriais da covariância entre cada variável e o fator construído. Foram analisadas as validades convergente (indicadores que medem um

construto devem ter altas cargas padronizadas no fator, maior que 0,70) e discriminante (covariâncias entre os fatores não devem ser excessivamente altas).

Inicialmente, na AFE, foram testados diferentes modelos para identificar o número de construtos (variáveis latentes) que melhor se adequava aos dados. Escolheu-se o modelo com os mais adequados índices de ajuste. Foram então analisadas as cargas fatoriais padronizadas das variáveis para cada um dos fatores. Cada variável foi direcionada para o fator onde apresentasse maior carga fatorial.

Em seguida, levou-se esse modelo selecionado na AFE para a AFC, estimando-se medidas mais apuradas do ajuste do modelo, além das cargas fatoriais padronizadas, valores de P, medidas de variância residual e coeficiente de determinação ( $R^2$ ) para as variáveis de cada fator.

Assim, após a construção dos fatores, a validade do construto foi determinada por meio da AFC, conforme o melhor ajuste dado pela AFE.

Para a escolha do modelo final, foram analisados os seguintes índices de qualidade de ajuste dos modelos: Qui-quadrado; erro médio quadrático de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA); limite superior do intervalo de confiança de 90% do RMSEA; índices incrementais *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI); e *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR). Os modelos foram considerados bem ajustados quando o valor do  $X^2$  foi maior que 0,05; RMSEA menor que 0,5; limite superior do IC90% do RMSEA menor que 0,08; CFI e TLI maiores que 0,90; e WRMR menor que 1,0.

Na AFC, para acessar a validade convergente, foram calculadas as Variâncias Médias Extraídas (*Average Variance Extracted* – AVE) e as Confiabilidades Compostas (*Composite Reliability* – CR) para cada fator separadamente. Valores acima de 0,5 são considerados aceitáveis e acima de 0,7 são muito bons (Fornell, Larcker, 1981; Stata, 2011).

Para as análises fatoriais exploratória e confirmatória foi utilizado o pacote estatístico *Mplus*, versão 7.0 (Muthén & Muthén, Los Angeles, EUA), adotando-se o nível de significância de 5%.

Todas as variáveis mantidas no modelo após a AFC foram sumarizadas por meio de frequências absolutas e percentuais. Os testes Qui-Quadrado ( $X^2$ ) e Exato de Fisher foram utilizados para analisar diferenças na distribuição percentual entre os grupos estabelecidos segundo região geopolítica, tipo de equipe e estrato de certificação do PMAQ-AB. O software STATA 12.0 (Stata Corp, College Station, Texas, EUA) foi utilizado, considerando-se nível de significância de 1%.

#### **4.6 Considerações Éticas**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas/Faculdade de Medicina, em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96, posteriormente substituída pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado segundo Ofício 38/12 de 10 de maio de 2012 (Anexo B).

O projeto foi submetido a esse comitê devido à Universidade Federal do Maranhão (UFMA) fazer parte do consórcio da Universidade Federal de Pelotas (UFPe), juntamente a outras instituições de ensino, na realização da avaliação externa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Das 19 perguntas do processo de trabalho das ESB do PMAQ-AB, os itens (variáveis) v14 (a equipe de saúde bucal realiza a moldagem da prótese dentária na unidade de saúde) e v19 (tempo média de espera para o atendimento especializado) foram excluídos da AFE devido à alta correlação com outros itens do modelo.

Na avaliação da estrutura fatorial, o modelo que reteve quatro fatores obteve o melhor ajuste: P-valor<0,001; RMSEA=0,023; IC90%: 0,022-0,025; CFI=0,987; TLI=0,976; MRFV=0,686 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Índices de ajuste para os diferentes modelos construídos na Análise Fatorial Exploratória. Brasil, 2012-2013.

Índices	1 fator	2 fatores	3 fatores	4 fatores
Nº de parâmetros livres	20	36	51	65
Graus de liberdade	119	103	88	74
X <sup>2a</sup>	11.988,82	4.149,15	2.103,87	764,37
P-valor do X <sup>2</sup>	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
RMSEA <sup>b</sup>	0,076	0,048	0,036	0,023
90% IC <sup>c</sup> do RMSEA	0,075-0,077	0,047-0,049	0,035-0,038	0,022-0,025
CFI <sup>d</sup>	0,775	0,923	0,962	0,987
TLI <sup>e</sup>	0,743	0,899	0,941	0,976
MRFV <sup>f</sup>	6,1021	1,0376	0,4850	0,6860

<sup>a</sup> Teste Qui-Quadrado (referência: menor valor)

<sup>b</sup> Root Mean Square Error Of Approximation (referência: menor que 0,05)

<sup>c</sup> Intervalo de Confiança a 90% (referência: limite superior do IC90% menor que 0,08)

<sup>d</sup> Comparative Fit Index (referência: maior que 0,90)

<sup>e</sup> Tucker Lewis Index (referência: maior que 0,90)

<sup>f</sup> Minimum Rotation Function Value

Neste modelo com 4 fatores, o 1º fator (f1: itens v3, v4 e v5) formou uma dimensão que denominamos **Primeiro Contato**. O 2º fator (f2: itens v10, v11, v12 e v18) foi denominado **Integralidade**. O 3º fator (f3: itens v13, v15, v16 e v17) conformou uma dimensão que denominamos **Ações em Prótese Dentária**. O 4º fator (f4: itens v1, v2, v6, v7, v8 e v9) foi constituído por questões que geraram a dimensão **Coordenação do Cuidado**. Todas as cargas ficaram acima de 0,30 com exceção dos itens v1 (como são agendadas as consultas em saúde bucal) e v18 (qual é o tipo de prótese realizada no laboratório). O item v1 foi mantido nas análises, mas o v18 foi excluído (Tabela 2). A decisão sobre a permanência ou exclusão destes itens foi tomada a partir da AFC, observando o melhor ajuste do modelo.

O item v1 gerou cargas cruzadas nos fatores 1 e 4, de forma significativa, demonstrando que essa variável poderia estar contribuindo para a construção de fatores distintos. O mesmo ocorreu para as variáveis v2, v7 e v8. Nos fatores 1 e 3 todas as cargas fatoriais foram superiores a 0,5 indicando boa validade convergente. Porém, v4 (no fator 1) e v15 (no fator 3) apresentaram cargas fatoriais maiores que 0,9, indicando falta de validade discriminante. Os fatores 2 e 4 apresentaram algumas cargas fatoriais menores que 0,5 (v1, v2 e v18), indicando problemas de validade convergente; mas todas as cargas fatoriais (exceto v10) foram abaixo de 0,9, indicando boa validade discriminante.

**Tabela 2.** Cargas fatoriais padronizadas para o modelo com 4 fatores, na Análise Fatorial Exploratória. Brasil, 2012-2013.

Variáveis	4 Fatores			
	1º Primeiro Contato	2º Integralidade	3º Ações em Prótese Dentária	4º Coordenação do Cuidado
V1 (Como são agendadas as consultas em SB?)	0,22	0,04	0,12	<b>0,25</b>
V2 (A equipe faz todos os procedimentos básicos de SB?)	0,35	0,20	0,10	<b>0,38</b>
V3 (Existe acolhimento à DE específica para SB?)	<b>0,66</b>	0,29	0,17	0,50
V4 (O prof. realiza avaliação de R e V no 1º atendimento?)	<b>0,99</b>	0,35	0,23	0,47
V5 (A oferta é definida em função do risco identificado?)	<b>0,82</b>	0,24	0,23	0,43
V6 (A ESB utiliza algum protocolo de acolhimento à DE?)	0,44	0,31	0,20	<b>0,67</b>
V7 (A ESB garante continuidade do trat. de quem iniciou?)	0,55	0,27	0,21	<b>0,66</b>
V8 (A ESB realiza campanhas p/ detecção de CB e encaminha os casos suspeitos?)	0,54	0,34	0,33	<b>0,58</b>
V9 (A ESB registra e acompanha casos de CB?)	0,39	0,27	0,22	<b>0,76</b>
V10 (Existe CEO de referência para a sua equipe?)	0,33	<b>0,94</b>	0,27	0,30
V11 (O mun. possui ref. para quantas espec. obrigatórias?)	-0,34	<b>-0,81</b>	-0,26	-0,38
V12 (Nº de protocolos de fluxo de encaminhamento)	-0,38	<b>-0,65</b>	-0,40	-0,52
V13 (A ESB faz ações de identificação de pessoas para PD?)	0,46	0,33	<b>0,65</b>	0,43
V14 (A ESB realiza a moldagem da PD na UBS?)	--	--	--	--
V15 (A equipe possui referência para prof. protesista?)	0,33	0,60	<b>0,91</b>	0,31
V16 (A ESB faz entrega da PD e acomp. do usuário?)	0,28	0,19	<b>0,67</b>	0,55
V17 (Existe LPD no município?)	0,30	0,63	<b>0,71</b>	0,32
V18 (Qual tipo de PD o LPD realiza?)	-0,06	<b>0,11</b>	-0,03	-0,08
V19 (Após solicitado pelo prof. da AB, qual tempo médio, em dias, de espera em cada especialidade.)	--	--	--	--

(--) Variáveis não incluídas no modelo.

## 5.2 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Na AFC testou-se o modelo com quatro fatores, apontado pela AFE como o de melhor ajuste. Avaliou-se se os 17 itens (após exclusão dos itens v14 e v19) do instrumento de avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal utilizado pelo PMAQ-AB realmente medem o construto processo de trabalho.

A análise foi realizada em duas etapas: na primeira, considerando-se os quatro fatores acima definidos; e na segunda acrescentou-se um fator de segunda ordem (f5: processo de trabalho) construído a partir das quatro dimensões (f1 a f4). Os parâmetros do modelo 1 (sem o fator 5) indicaram melhor ajuste que o modelo 2 (com o fator 5): menor  $X^2$  (3272,21 *versus* 5155,62); menor RMSEA (0,043 *versus* 0,054); menor limite superior do IC90% (0,045 *versus* 0,055); maior CFI (0,937 *versus* 0,899); maior TLI (0,922 *versus* 0,879); e menor WRMR (4,116 *versus* 5,245). Isso sugere que as variáveis do questionário do PMAQ-AB explicam os quatro fatores, mas estes não são suficientes para explicar o processo de trabalho das ESB na Atenção Básica. Ainda assim, os dois modelos serão apresentados. (Tabela 3).

**Tabela 3.** Medidas de ajuste na Análise Fatorial Confirmatória. Brasil, 2012-2013.

Índices de ajuste	Modelo somente com fatores de 1ª ordem (sem fator 5)	Modelo com fatores de 1ª e 2ª ordem (com fator 5)
	Valores	Valores
Nº de parâmetros livres	41	39
Graus de liberdade	98	100
$X^{2a}$	3272,21	5155,62
P-valor do $X^2$	< 0,001	< 0,001
RMSEA <sup>b</sup>	0,043	0,054
90% IC <sup>c</sup> do RMSEA	0,042-0,045	0,053-0,055
CFI <sup>d</sup>	0,937	0,899
TLI <sup>e</sup>	0,922	0,879
WRMR <sup>f</sup>	4,116	5,245

<sup>a</sup> Teste Qui-Quadrado (referência: menor valor)

<sup>b</sup> Root Mean Square Error of Approximation (referência: menor que 0,05)

<sup>c</sup> Intervalo de Confiança a 90% (referência: limite superior do IC90% menor que 0,08)

<sup>d</sup> Comparative Fit Index (referência: maior que 0,9)

<sup>e</sup> Tucker Lewis Index (referência: maior que 0,9)

<sup>f</sup> Weighted Root Mean Square Residual (referência: menor que 1,0)

Ambos os modelos apresentam, na maioria das situações, cargas fatoriais altas (acima de 0,60), exceto para v1 e v2, com cargas moderadas (acima de 0,20),

mas todas significantes. Os coeficientes de determinação ( $R^2$ ) também foram altos (acima de 0,5) para a maioria das variáveis, indicando bom valor preditivo na construção dos fatores. O fator 4 teve os menores valores de  $R^2$  (Tabela 4).

**Tabela 4.** Cargas fatoriais padronizadas, na Análise Fatorial Confirmatória, na redução aos 4 fatores de 1ª ordem. Brasil, 2012-2013.

Fator/ Variáveis	Modelo somente com fatores de 1ª ordem (sem Fator 5)		
	Carga fatorial	Variância residual	$R^2$
<b>Fator 1 - Primeiro contato</b>			
V3 (Existe acolhimento à DE específica para SB?)	0,73*	--	0,54
V4 (O profissional realiza avaliação de R e V no 1º atendimento?)	0,96*	--	0,92
V5 (A oferta é definida em função do risco identificado?)	0,81*	--	0,66
<b>Fator 2 – Integralidade</b>			
V10 (Existe CEO de referência para a sua equipe?)	0,80*	--	0,65
V11 (O município possui referência para quantas especialidades obrigatórias?)	- 0,78*	0,39	0,61
V12 (Nº de protocolos de fluxo de encaminhamento)	- 0,86*	0,26	0,74
<b>Fator 3 - Ações em prótese dentária</b>			
V13 (A ESB faz ações de identificação de pessoas para PD?)	0,72*	--	0,52
V15 (A equipe possui referência para profissional protesista?)	0,90*	--	0,81
V16 (A ESB faz entrega da PD e acompanhamento do usuário?)	0,64*	--	0,42
V17 (Existe LPD no município?)	0,85*	--	0,72
<b>Fator 4 - Coordenação do cuidado</b>			
V1 (Como são agendadas as consultas em SB?)	0,24*	0,95	0,06
V2 (A equipe faz todos os procedimentos básicos de SB?)	0,42*	--	0,18
V6 (A ESB utiliza algum protocolo de acolhimento à DE?)	0,67*	--	0,44
V7 (A ESB garante continuidade do trat. para quem iniciou?)	0,69*	--	0,48
V8 (A ESB realiza campanhas p/ detecção de CB e encaminha os casos suspeitos?)	0,72*	--	0,51
V9 (A ESB registra e acompanha casos de CB?)	0,67*	--	0,45

\* $P < 0,05$

DE – Demanda Espontânea

SB – Saúde Bucal

R – Risco

V – Vulnerabilidade

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

PD – Prótese Dentária

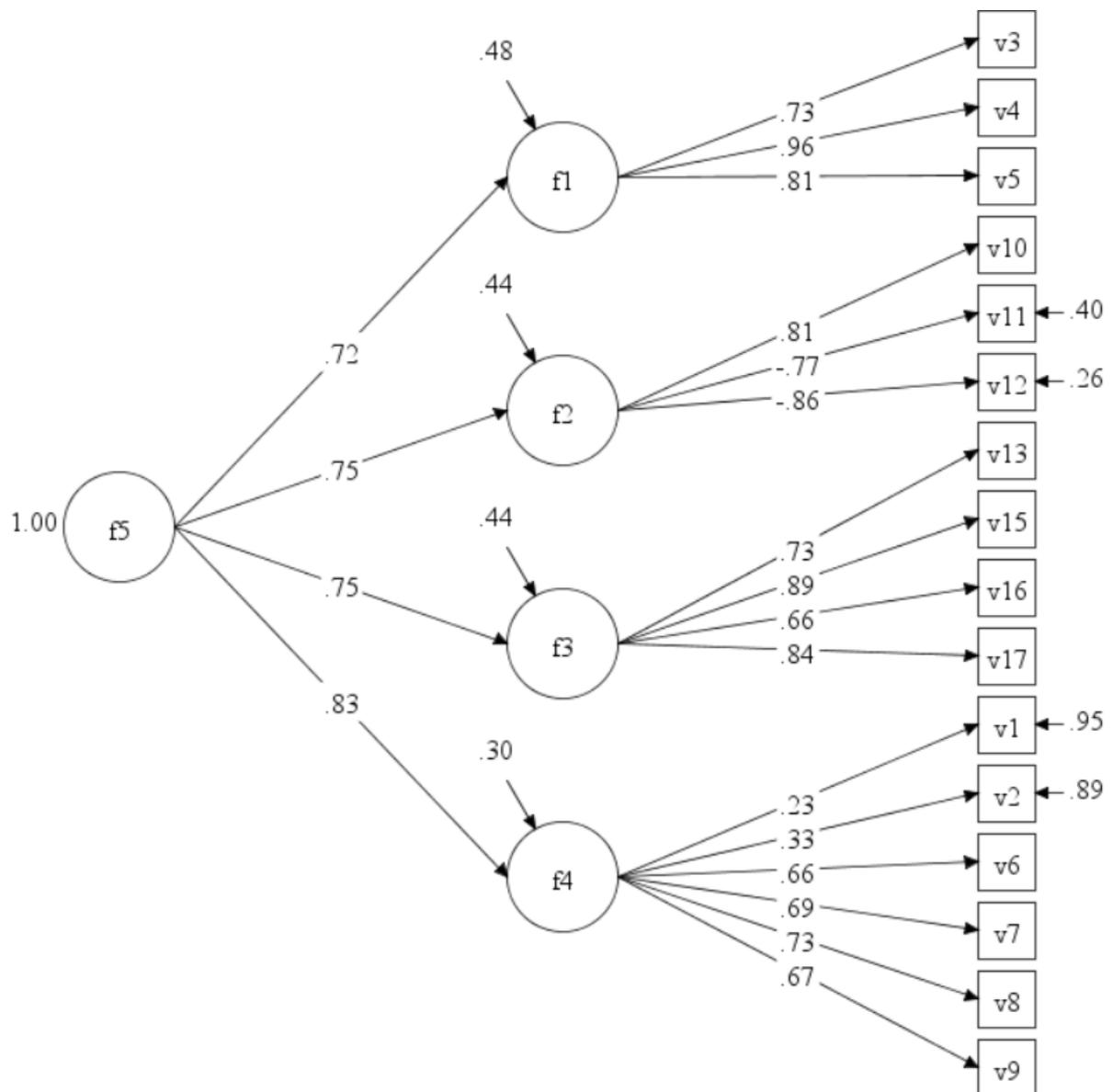
LPD – Laboratório de Prótese Dentária

CB – Câncer Bucal

Os valores de AVE e CR foram, respectivamente, 0,70 e 0,88 (fator 1), 0,66 e 0,41 (fator 2), 0,62 e 0,86 (fator 3) e 0,35 e 0,75 (fator 4). Estes valores indicam boa validade convergente, especialmente para os fatores 1 e 3. As covariâncias entre os fatores foram todas acima de 0,4 e significantes ( $P < 0,01$ ), indicando problemas na validade discriminante. As maiores correlações foram entre os fatores 1 “primeiro contato” e 4 “coordenação do cuidado” ( $R=0,78$ ), e entre os fatores 2 “integralidade” e 3 “ações em prótese dentária” ( $R=0,69$ ).

Ao incluir no modelo um fator de 2ª ordem (que representa o processo de trabalho), composto pelos quatro fatores de 1ª ordem, verificou-se que as medidas de ajuste do modelo ficaram piores, especialmente o CFI e TLI (Tabela 3). No entanto, todas as cargas fatoriais do novo construto (fator 5) ficaram acima de 0,70 ( $P < 0,01$ ) (Figura 2) e com coeficientes de determinação ( $R^2$ ) acima de 0,50 e significantes ( $F_1=0,515$ ;  $F_2=0,565$ ;  $F_3=0,564$  e  $F_4=0,695$ ; todos com  $P < 0,001$ ).

**Figura 2.** Cargas fatoriais padronizadas e resíduos, na Análise Fatorial Confirmatória, incluindo um fator de 2ª ordem. Brasil, 2012-2013.



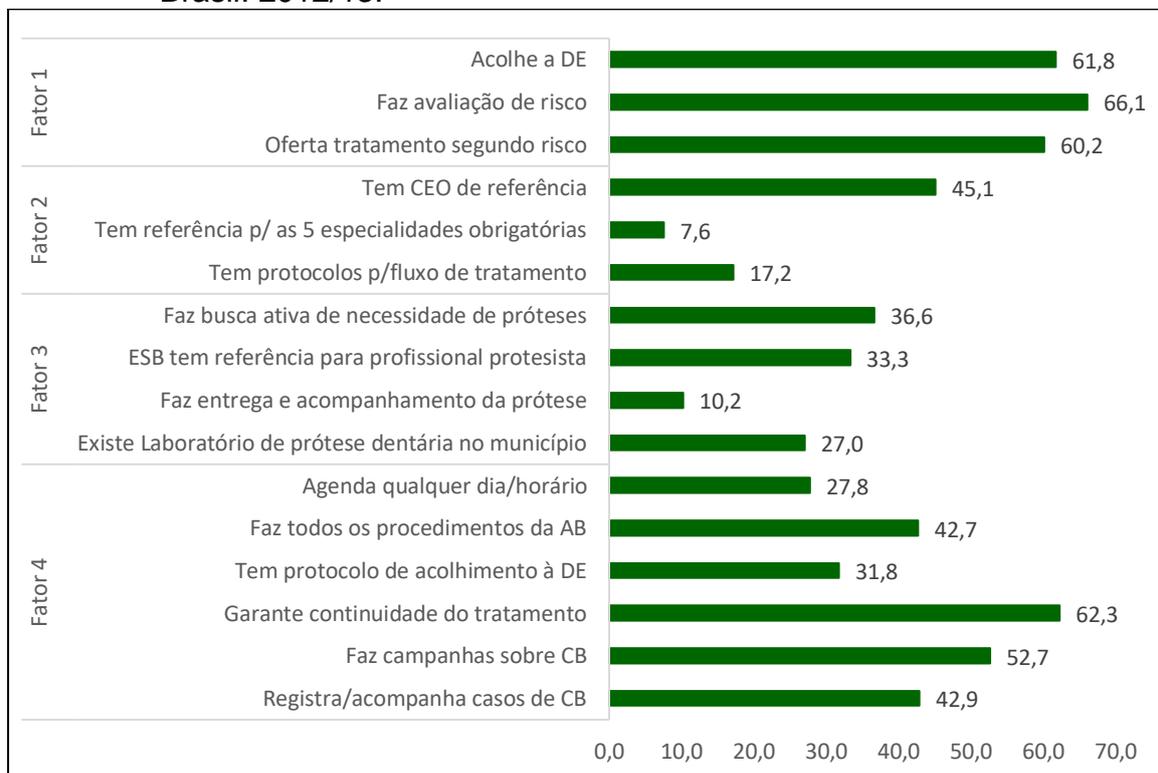
Fonte: Elaborada pelo autor.

### 5.3 Análise do processo de trabalho segundo dados do PMAQ-AB

Das 17.482 equipes que aderiram ao Ciclo I do PMAQ-AB, foram analisados dados de 17.202 equipes de atenção básica, das quais 12.075 (70,2%) eram ESF com SB e 328 (1,9%) eram equipes parametrizadas com SB. As perdas (280 equipes) foram decorrentes de recusas, ausência do profissional na unidade, mesmo após várias tentativas ou impossibilidade de deslocamento dos avaliadores até a unidade de saúde.

As ações e serviços que configuram o Primeiro Contato (Fator 1) foram referidas por mais de 60% das ESB avaliadas. Porém, verificou-se baixo percentual de realização das ações referentes aos demais fatores, especialmente os que definiram a Integralidade (Fator 2) e as Ações em Prótese Dentária (Fator 3). Os piores resultados foram verificados para a existência de “referência para as cinco especialidades obrigatórias dos Centros de Especialidade Odontológica” (7,6%) e para a “entrega e acompanhamento de próteses dentárias pelas ESB” (10,2%). Das 16 ações listadas na Figura 3, apenas cinco são realizadas por mais da metade das ESB brasileiras (Figura 3).

**Figura 3.** Caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Brasil. 2012/13.



Fonte: Brasil, Banco de dados PMAQ-AB, Ciclo I 2012-2013.

Fator 1: Primeiro Contato.  
Fator 2: Integralidade.  
Fator 3: Ações em Prótese Dentária.  
Fator 4: Coordenação do Cuidado.  
AB: Atenção Básica.  
DE: demanda espontânea.  
CB: câncer de boca.  
CEO: Centro de Especialidade Odontológica.

As equipes da região Nordeste que aderiram ao PMAQ-AB foram as que mais realizaram o Primeiro Contato (Fator 1). A Integralidade (Fator 2) e as Ações em Prótese Dentária (Fator 3) são pouco observadas em todo o país, sendo realizadas por menos de 50% das equipes em todas as regiões. Ainda assim, é possível verificar que a região NE possui maior número de centros de referência e o CO parece realizar maior percentual de próteses (Fator 3) e coordenação do cuidado (Fator 4). As ESB vinculadas à ESF são as que mais trabalham em conformidade com alguns dos princípios essenciais da APS. Porém, poucas equipes atuam em conformidade com o princípio da integralidade, poucas realizam ações de prótese dentária e poucas permitem o agendamento em qualquer dia/horário. Municípios pertencentes aos estratos de menor porte e menor nível socioeconômico referiram maior proporção de ações de primeiro contato (Fator 1) e coordenação do cuidado (Fator 4); já nos municípios mais desenvolvidos verificou-se maior proporção de ações relacionadas à Integralidade (Fator 2) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal como números absolutos e percentual, segundo região geopolítica, tipo de equipe e estrato de certificação do PMAQ-AB. Brasil. 2012/13.

		Fator 1 Primeiro Contato			Fator 2 Integralidade			Fator 3 Ações em Prótese Dentária				Fator 4 Coordenação do Cuidado					
		Acolhe a DE	Faz avaliação de risco	Oferta tratamento segundo risco	Tem CEO de referência	Tem referência p/ as 5 especialidades obrigatórias	Tem protocolos p/fluxo de Tratamento	Faz busca ativa de necessidade de próteses	ESB tem referência para profissional protesista	Faz entrega e acompanhamento da prótese	Existe Laboratório de prótese dentária no município	Agenda qualquer dia/horário	Faz todos os procedimentos da AB	Tem protocolo de acolhimento à DE	Garante continuidade do tratamento	Faz campanhas sobre CB	Registra/acompanha casos de CB
<b>Região</b>		%			%			%				%					
N	(n=1045)	63.9	67.4	62.4	47.1	2.3	9.7	30.2	25.6	5.3	21.9	25.0	30.4	30.8	65.9	46.2	31.3
NE	(n=5559)	71.1	77.0	69.5	50.2	6.9	12.9	39.3	35.2	6.5	28.0	22.6	42.5	32.1	67.6	58.9	43.8
SE	(n=6570)	54.7	56.5	52.9	41.6	8.8	20.9	35.5	33.0	13.2	28.6	31.1	42.9	32.3	57.5	49.0	42.3
S	(n=2919)	60.3	63.3	56.7	44.3	8.6	18.9	35.2	32.2	11.8	21.3	29.2	45.4	31.1	58.9	51.2	47.4
CO	(n=1109)	63.3	73.4	68.1	44.0	5.9	19.8	41.9	38.5	11.6	33.5	34.3	49.8	31.7	73.7	56.7	43.5
	<b>P-valor<sup>19</sup></b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Tipo de equipe</b>		%			%			%				%					
ESF	(n=12075)	81.9	90.8	79.7	59.1	9.6	21.8	48.3	43.6	13.0	34.9	36.3	56.3	41.1	82.5	69.5	56.3
Parametrizada	(n=328)	72.4	89.0	75.6	44.6	7.3	16.4	43.0	37.8	12.6	27.4	39.8	54.4	41.1	79.4	63.2	48.4
Outra	(n=90)	2.2	1.1	2.2	4.4	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	2.2	1.1	3.3	3.3	2.2
	<b>P-valor<sup>20</sup></b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.009</b>	<b>0.008</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.013</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.034</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Estrato</b>		%			%			%				%					
1	(n=2140)	69.8	76.8	70.6	35.7	3.2	8.3	39.3	29.6	16.1	8.3	35.0	48.9	29.5	72.7	58.8	47.1
2	(n=2255)	65.4	72.4	65.8	30.9	2.0	7.2	32.5	26.3	9.1	15.0	27.6	42.5	27.0	66.4	50.7	39.4
3	(n=2501)	69.8	74.2	68.3	42.1	4.3	11.7	39.0	31.8	6.7	25.6	25.7	41.9	31.4	69.0	55.0	40.9
4	(n=3239)	66.7	71.1	65.2	48.7	6.3	16.4	40.3	38.4	10.2	30.1	34.2	47.0	31.7	67.4	57.2	47.0
5	(n=2734)	57.5	60.1	53.7	54.9	13.1	20.8	35.6	38.1	6.4	36.2	21.5	40.6	28.9	57.8	50.6	41.1
6	(n=3228)	51.0	47.3	48.2	50.9	12.2	28.9	34.5	33.5	12.6	35.6	25.0	39.0	38.3	50.6	48.0	42.6
	<b>P-valor<sup>19</sup></b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>

Fonte: Brasil, Banco de dados PMAQ-AB, Ciclo I 2012-2013.

- v<sup>1</sup> Como são agendadas as consultas em SB? (em qualquer dia e em qualquer horário)
- v<sup>2</sup> A equipe faz os seguintes procedimentos básicos de SB: aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta, exodontia, selamento provisório de cavidade dentária, curativo de demora, drenagem de abscesso dento-alveolar, raspagem, alisamento e polimento supragengivais (todos os procedimentos)
- v<sup>3</sup> Existe acolhimento à demanda espontânea específica para SB? (sim)
- v<sup>4</sup> O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento? (sim)
- v<sup>5</sup> A oferta é definida em função do risco identificado? (sim)
- v<sup>6</sup> A ESB utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea? (sim)
- v<sup>7</sup> A equipe garante agenda p/ a continuidade do tratamento de quem iniciou tratamento? (sim)
- v<sup>8</sup> A equipe realiza campanhas p/ detecção de lesões suspeita de câncer de boca e encaminha casos de câncer de boca? (sim)
- v<sup>9</sup> A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca? (sim)
- v<sup>10</sup> Existe Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de referência para a sua equipe? (sim)
- v<sup>11</sup> O município possui referência para quais especialidades? (Para as cinco obrigatórias: endodontia, periodontia, cirurgia bucomaxilofacial, estomatologia e outra)
- v<sup>12</sup> Existem protocolos que definam fluxos para: solicitação de prótese, referência e contra referência p/ CEO ou outro serviço, casos suspeitos de câncer, pessoas portadoras de necessidades especiais (todos os protocolos).
- v<sup>13</sup> A ESB promove ações p/ identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária? (sim)
- v<sup>15</sup> A equipe possui referência para profissional protesista? (sim)
- v<sup>16</sup> A ESB realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário? (sim)
- v<sup>17</sup> Existe laboratório de prótese dentária no município? (sim)
- <sup>19</sup> Teste Qui-quadrado
- <sup>20</sup> Teste Exato de Fisher

## 6 DISCUSSÃO

O instrumento de coleta de dados utilizado no Ciclo I do PMAQ-AB não foi adequado para avaliar o processo de trabalho das ESB da AB. As variáveis do questionário expressaram três dos quatro atributos essenciais da APS definidos por Starfield – primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado. Este questionário não incluiu itens suficientes para analisar o atributo longitudinalidade.

Diante da necessidade de incorporar a avaliação ao cotidiano dos serviços de saúde na AB (SOLLA e SANTOS, 2002; FELISBERTO, 2004; FELISBERTO, 2006), é importante ter-se instrumentos capazes de observar aspectos como os atributos da APS (CRUZ et al., 2009; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013), já que o novo modelo assistencial adotado no Brasil está fundamentado nos mesmos (CRUZ et al., 2009; BRASIL, 2007; BRASIL, 2012). Por isso a preocupação com o instrumento utilizado pelo PMAQ-AB para a coleta de dados, pois este deve ser capaz de captar a realidade e induzir uma transformação do processo de trabalho de forma a garantir que os serviços ofertados sigam os princípios da AB (SOLLA e SANTOS, 2002; FELISBERTO, 2004; FELISBERTO, 2006).

Fracolli et al. (2014) estudaram vários instrumentos utilizados para avaliação do serviço desenvolvido na AB, e seus resultados reforçam os encontrados na presente pesquisa. De acordo com os autores o instrumento do PMAQ-AB não é o mais adequado para analisar o trabalho das equipes de saúde da AB. Para os autores o instrumento mais indicado é o PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; e a competência cultural, indo ao encontro da proposta da PNAB. Este instrumento, ao avaliar a presença e extensão dos atributos da APS concomitantemente, aponta os indicadores de processo, ou seja, como as equipes de saúde desenvolvem suas práticas.

O PCATool já havia sido indicado por Starfield e Shi (2002) como um instrumento capaz de avaliar a AB pela perspectiva dos atributos da APS. Por ser um instrumento validado internacionalmente e já ter sido traduzido e validado no Brasil, representa um importante instrumento de coleta de dados. Por isso, foi utilizado como base para a construção do instrumento do PMAQ-AB, apesar disso não se conseguiu

garantir a avaliação da AB na perspectiva de avaliar a incorporação dos atributos da APS ao processo de trabalho das equipes entrevistadas.

Como a cada ciclo do PMAQ-AB, o instrumento tem sido remodelado, novas investigações são necessárias, de modo a contribuir para a construção de instrumentos avaliativos que incorporem as singularidades locorregionais brasileiras, e incorpore, também, as diretrizes da APS, PNAB e da PNSB e, assim, auxilie o processo de reestruturação dos modelos assistenciais no SUS.

Este é o primeiro estudo de que temos conhecimento que utilizou a AFE e AFC no processo de análise do instrumento de coleta de dados do PMAQ-AB referente ao processo de trabalho das ESB da AB do SUS. Os dados evidenciam bons índices de ajuste do modelo, além de cargas fatoriais altas e significantes ( $P < 0,05$ ), especialmente nos três primeiros construtos (“Primeiro contato”, “Integralidade” e “Ações em prótese dentária”), além de bons indicadores de validade convergente. Isso indica a formação de bons construtos, capazes de medir/expressar o que se propõem. No entanto, há problemas no quarto fator (Coordenação do cuidado), na medida em que há cargas fatoriais menores que 0,5 (em uma variável a carga fatorial é menor que 0,3). A remoção dessas variáveis, no entanto, reduz a qualidade do ajuste. Além disso, do ponto de vista teórico, essas são variáveis importantes na formação do construto, por isso foram mantidas no modelo apesar das CF baixas.

Outro problema foi referente à validade discriminante, pois verificou-se fortes covariâncias entre os fatores 2 e 3 e, especialmente, entre 1 e 4 (Apêndice A). De fato, os fatores “Integralidade” (fator 2) e “Ações em prótese dentária” (fator 3) têm aspectos em comum. Ofertar ações em prótese – e em outras áreas – faz parte do princípio da integralidade. A avaliação da integralidade requer análise de ações e serviços que extrapolam as realizadas na (STARFIELD, 2002; SOUZA, 2012; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Requer observação de toda a rede. É, portanto, esperado que avaliações restritas às UBS não consigam avaliar adequadamente este atributo. Assim, ações em outros pontos da rede também são necessárias para construir a integralidade, uma vez que essas 4 variáveis (v13, v15, v16 e v17) explicam bem as ações de prótese, mas não têm covariância comum com as outras variáveis do atributo integralidade que justifique a formação de um único fator. Talvez, se

houvessem perguntas referentes às ações das demais especialidades, fosse possível reuni-las nesse atributo.

A forte covariância entre os fatores 1 (primeiro contato) e 4 (coordenação do cuidado) pode ser explicada pela grande afinidade observada no conceito desses atributos, pois é extremamente difícil diferenciar esses conceitos nas questões do instrumento do PMQA-AB, o que foi comprovado pela AF com valores de covariância altos entre esses fatores. Isto ocorre quando se leva em considerações os aspectos organizacionais dos serviços pois a acessibilidade (primeiro contato) passa a abranger as características ligadas ao modo de organização dos serviços que facilitem a utilização dos mesmos pela população (TRAVASSOS e MARTINS, 2004), o que acaba se confundindo com o atributo coordenação do cuidado, o qual pressupõe a organização do serviço visando à garantia da continuidade da atenção ao usuário, ou seja, acompanha-lo em outros níveis, quando necessário, garantindo o seguimento do usuário no sistema (STARFIELD, 2002; SOUZA, 2012).

Um dado interessante observado nessa pesquisa se refere à importância dada à avaliação de ações relacionadas a prótese dentária, que desde a PNSB, passaram a ser encorajadas pelo Ministério da Saúde, com o incentivo a realização de ações de maior complexidade na AB, como a moldagem e entrega de próteses (BRASIL, 2004). Embora não seja um atributo essencial da APS, essas ações foram priorizadas demonstrando a preocupação do governo federal quanto ao problema do edentulismo. Talvez a inserção de variáveis relacionadas a esse tema no instrumento do PMAQ-AB tenha ocorrido devido aos resultados das últimas pesquisas nacionais de saúde bucal (SB Brasil, 2003 e 2010). As pesquisas revelam que a perda dentária precoce é um grave problema da população brasileira, e que a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir dos 15 a 19 anos (BRASIL, 2004 a; Brasil, 2011 a).

Porém, mesmo com a preocupação observada no PMAQ-AB em avaliar as ações de prótese dentária no Brasil, estas ainda estão sendo realizadas de forma muito discreta. Menos de 50% dos participantes das equipes entrevistadas no Ciclo I do programa referiram incorporar tais ações em seus processos de trabalho. A partir de 2004, a PNSB incentiva a oferta de ações de prótese na AB, e não apenas nos

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2004). No entanto, isso requer mudanças profundas na formação profissional de generalistas com tais habilidades e competências. Independentemente do instrumento utilizado, os dados do PMAQ-AB apontam fragilidades no processo de trabalho das ESB do SUS. Parece que as ações e serviços em saúde bucal não estão sendo executadas em conformidade com os atributos essenciais da APS. Apenas as ações relacionadas ao primeiro contato (Fator 1) estão sendo realizadas pela maioria das ESB no Brasil.

A integralidade (Fator 2) e a oferta de ações de prótese (Fator 3) ainda estão longe de serem atingidas, mesmo tendo sido observado um aumento significativo da oferta de serviços odontológicos especializados com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A oferta das ações reduzidas ao construto coordenação do cuidado (Fator 4) foi bastante heterogênea, variando de 27,8% para o item “agendamento em qualquer dia/horário”, até 62,3%, para o item “garantia de continuidade do tratamento”. Isso sugere que o atributo esteja em implantação no processo de trabalho das ESB. Chama atenção o fato de que apenas 42,7% das ESB referiram realizar todas as ações e serviços básicos na UBS. A longitudinalidade, por sua vez, nem mesmo conseguiu ser mensurada pelo PMAQ-AB, uma vez que não havia nenhuma variável que se referisse a esse atributo. Isto foi comprovado pela AFE que não conseguiu formar nenhum fator relacionado à longitudinalidade. Isso nos leva a crer que este atributo não está fazendo parte da forma como os serviços vêm sendo organizados.

Para Starfield (2002), a longitudinalidade deve ser entendida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Podendo ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.

O vínculo e a responsabilização, contidos no modelo assistencial brasileiro, referem-se a esse conceito. Sendo assim, a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que pode ser traduzido em uma unidade de saúde com equipes estáveis (BRASIL, 2007).

Diante do conceito de longitudinalidade, fica claro que realmente o Ciclo I do PMAQ-AB não avaliou este atributo, o que deve ser revisto com certa urgência,

dada a importância da incorporação deste atributo ao processo de trabalho das equipes de AB, pois segundo Oliveira e Pereira (2013) com a presença desse atributo tende-se a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos.

Para Oliveira e Pereira (2013) esses resultados são vislumbrados devido aos serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizarem pela fragmentação e descontinuidade assistencial. Para os autores, a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente são reflexos do modo de organizar o trabalho nos serviços de saúde, isso induz os serviços a se responsabilizarem pelos usuários apenas enquanto estão dentro de seu espaço físico, nem antes de entrarem nem depois de saírem, e assim pouco contribuem para a responsabilização sanitária territorial das populações e dificultam a concretização dos atributos da APS.

Olhando-se mais especificamente para as ações de saúde bucal, alguns autores tentam explicar esses resultados pela forma como os profissionais de odontologia foram inseridos no SUS. O fato de a odontologia não estar presente desde a implantação da ESF, a falta de percepção por parte do profissional quanto ao seu papel nas intervenções sociais, a falta de conhecimento e/ou dificuldade de incorporar os princípios do SUS, realizar ações voltadas basicamente para atividades curativas (devido à formação profissional basicamente tecnicista e hospitalocêntrica), isolamento do cirurgião-dentista em relação ao restante da equipe, têm sido apontados como causas para o modo como os serviços odontológicos se apresentam (CARVALHO et al., 2004; BALDANI et al., 2005; SOUZA e RONCALLI, 2007; PEREIRA et al., 2008).

Segundo Souza e Roncalli (2007), mesmo com a promessa de reorganização das ações na AB pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, isso não implicou, necessariamente, uma mudança real do modelo assistencial em saúde bucal. Para os autores, algumas características inerentes à própria profissão conferem à saúde bucal particularidades que dificultam sua prática no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na AB.

Na perspectiva colocada por Travassos e Martins (2004), quando se pensa em primeiro contato, levando-se em consideração a acessibilidade abrangendo os

aspectos organizacionais, ou seja, as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que podem obstaculizar ou facilitar a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Ficou evidente com a análise dos dados colhidos no Ciclo I do PMAQ-AB que a organização dos serviços de AB, no Brasil, está sendo capaz de ofertar esse atributo da APS (Fator 1) de forma satisfatória, uma vez que mais de 60% dos entrevistados relataram a sua realização. Essas observações se confrontam com os resultados do estudo realizado por Baldani et al. (2005), que mostram a livre demanda como porta de entrada para o atendimento odontológico, e não ações organizadas que caracterizem o atributo primeiro contato. Segundo os autores, isso indica a dificuldade de adaptação dos profissionais da saúde bucal à nova lógica de atenção proposta pela ESF.

Dentre os atributos essenciais da APS vistos nos resultados desta pesquisa, as ações referentes à integralidade foram as menos realizadas. Isso deve ser visto com certa preocupação dada sua importância para melhorar a resolubilidade dos problemas de saúde da população. O Ministério da Saúde refere o cuidado integral como a capacidade da equipe de saúde em lidar com as necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, resolvendo ou referindo a outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Casotti et al. (2014) realizaram um estudo com objetivo de analisar a organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes do Ciclo I do PMAQ-AB. Assim como a presente pesquisa, os autores utilizaram os dados do módulo II referentes às questões relacionadas à odontologia. A análise dos serviços realizada pelos autores teve como base atributos essenciais da APS (primeiro contato e integralidade) segundo cada região do país. O que diferencia este estudo da presente pesquisa é que os autores caracterizaram os atributos utilizando questões diferentes das que utilizamos, sendo que os autores não referem como se deu a escolha das questões que caracterizavam cada atributo, enquanto que em nossa pesquisa essa escolha se deu pela AFE seguida da confirmação pela AFC. Isso pode ter ocasionado as diferenças observadas nos resultados das duas pesquisas quanto à caracterização desses atributos no processo de trabalho das ESB, como por exemplo Casotti et al. (2014) ter considerado o primeiro contato insatisfatório, e nossos resultados terem

demonstrado o contrário, com mais de 60% das equipes relatando a incorporação deste tipo de ação.

O atributo coordenação do cuidado foi observado no processo de trabalho das ESB da AB do Brasil, porém, no Ciclo I do PMAQ-AB, este atributo ainda se mostrava pouco desenvolvido. Mas um ponto positivo observado é que dentre as variáveis que caracterizaram este atributo a garantia da continuidade do tratamento foi bem evidente, com mais de 60% das equipes dando esta garantia. Este é um ponto muito positivo levando-se em consideração o conceito de coordenação do cuidado dado por Starfield (2002), o qual relaciona este atributo à capacidade do serviço de garantir a continuidade da atenção, ou seja, organizar as respostas ao conjunto de necessidades em saúde (BRASIL, 2007).

Não foram encontrados trabalhos que estudassem a caracterização do processo de trabalho segundo a variável estratos de certificação do PMAQ-AB. Foram encontrados apenas estudos que avaliaram o processo de trabalho das ESB de acordo com o porte populacional dos municípios, que é um dado levado em consideração para a classificação dos estratos.

Pimentel et al. (2012) observaram que as dificuldades em organizar o processo de trabalho das ESB para realizar atividades pertinentes à ESF, como visitas domiciliares e ações de prevenção e promoção à saúde, podem estar relacionadas ao porte populacional dos municípios. Segundo seus resultados os municípios de grande porte, conseqüentemente, como maior poder econômico, teriam uma melhor estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde em geral, quando comparados aos de médio e pequeno porte. Neste estudo foi considerado município de pequeno porte aqueles com menos de 20 mil habitantes, de médio porte os que possuíssem entre 20 e 100 mil habitantes, e os municípios com mais de 100 mil habitantes foram considerados de grande porte.

Para Pimentel et al. (2012) a marcação por risco é mais encontrada nas equipes dos municípios de grande porte, enquanto a marcação por demanda espontânea, modelo adotado por unidades de AB tradicional, mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte. Os resultados obtidos em nossa pesquisa

demonstram que a organização dos serviços segundo a avaliação do risco, assim como o acolhimento à demanda espontânea estão melhor caracterizados no processo de trabalho das equipes de municípios pertencentes aos menores e médios estratos (1 a 4), quando comparados aos de maior estrato (5 e 6). Os resultados aqui obtidos contradizem os de Pimentel et al. (2012) quanto à organização dos serviços segundo o risco, pois observou-se que os municípios de menor porte incorporaram este quesito melhor que os de maior porte. Já em relação ao acolhimento à demanda espontânea nossos resultados corroboram os de Pimentel et al. (2012).

Com relação ao atributo Integralidade (Fator 2), a presente pesquisa apontou que municípios de grande porte conseguiram realizar mais ações e serviços referentes a esse atributo, porém, tiveram pior desempenho nos atributos Primeiro Contato (Fator 1) e Coordenação do cuidado (Fator 4). Tais resultados discordam de Pimentel et al. (2012), mas corroboram achados de outras investigações que apontam dificuldades de organização da APS em municípios de grande porte (MEDINA e AQUINO, 2002; BALDANI et al., 2005; PINTO et al., 2009; TANAKA e JÚNIOR, 2010).

Baldani et al. (2005) também estudaram o processo de trabalho das ESB, e demonstraram que a incorporação das ações de odontologia segundo a ótica da ESF foi melhor nos municípios de pequeno porte, quando comparado aos de médio e grande porte, o que corrobora os resultados encontrados em nossa pesquisa. Os autores utilizaram o estudo de Medina e Aquino (2002) para explicar esses resultados, pois segundo seus resultados, em municípios pequenos, altas coberturas populacionais podem ser obtidas com a instalação de um pequeno número de equipes, significando para muitos deles, expansão dos serviços básicos. Enquanto que para os municípios maiores, a adoção da ESF exigia um esforço de reorganização do sistema de saúde, já que nesses municípios já existia uma rede física instalada e um conjunto de profissionais atuando em uma outra lógica de organização dos serviços.

Não houve grande diferença no processo de trabalho das ESF quando comparadas com as equipes de AB parametrizadas. O que não deveria ocorrer, pois segundo documento do CONASS a adoção da ESF deveria causar mudanças visíveis

na forma como os serviços são ofertados, levando a um grande impacto nas condições de saúde da população (BRASIL, 2007).

Porém, estudos como os de Bertoncini (2000) e Costa, Lima e Oliveira (2000) têm exposto as verdadeiras condições de trabalho em que as equipes de saúde estão imersas, apontando para a composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; e sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho, o que dificulta o desenvolvimento das práticas sob a ótica da ESF. Isto acaba igualando o serviço prestado na ESF ao de uma unidade de AB tradicional, centrada no modelo assistencial biomédico.

Soares (2000) destaca, também, uma série de condições envolvendo o processo de trabalho da ESF que dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo. Segundo o autor essas condições seriam: a imposição dos programas pelo Ministério da Saúde; o fato de a ESF ser totalmente normatizada no nível central; a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde; ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção; e a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro.

Conduzir uma avaliação das conquistas do SUS nesses mais de 20 anos de sua criação não é tarefa fácil, dada a complexidade e o tamanho da rede instalada. Porém, é possível apontar avanços em várias áreas, observados a partir da consolidação dos princípios que dão base a esse sistema.

Com este trabalho ficou evidente que os atributos da APS, que são a base para a organização da AB no Brasil, estão parcialmente incorporados no processo de trabalho das ESB que atendem esse nível de atenção, apesar de os fatores formados não terem sido suficientes para explicar todo o processo de trabalho dessas equipes. A consolidação dos atributos da APS acaba por gerar mudanças no perfil dos profissionais inseridos na AB, fato fundamental para a melhoria dos serviços ofertados.

Um ponto importante a ser considerado em relação aos resultados da presente pesquisa é o fato de os dados se referirem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao Ciclo I do PMAQ-AB e não ao universo das UBS do país, o que pode não demonstrar a real situação do processo de trabalho nas ESB. Lembrando ainda que houve uma grande diferença no percentual de adesão das equipes nos diferentes estados brasileiros, como por exemplo, o Maranhão que teve a menor adesão, com apenas 6,7% das equipes aderindo, enquanto Santa Catarina foi o estado com maior percentual de adesão, com 79,5% das equipes de AB aderindo ao Ciclo I do PMAQ-AB (BRASIL, 2016). Isso pode levar a confundimentos nos resultados uma vez que onde houve baixa adesão podem ter sido avaliadas apenas as melhores equipes, e onde houve maior adesão podem ter sido incluídas equipes com atuação não tão boa, o que justificaria o melhor desempenho nas regiões de baixa adesão.

Contudo, o propósito do PMAQ-AB é muito válido, uma vez que é necessário tornar a avaliação das atividades em saúde uma prática rotineira nos serviços. Isso pode fazer a diferença, pois a reflexão contínua de cada profissional e da equipe sobre o seu processo de trabalho, considerando, principalmente, as finalidades do mesmo é um possível instrumento de transformação das relações e práticas profissionais. Esta postura reflexiva deve ser uma tendência da gestão contemporânea (FARIA et al., 2009).

Este é um trabalho pioneiro na análise da incorporação dos atributos essenciais da APS no processo de trabalho das ESB, realizado em todo o território nacional, utilizando dados do PMAQ-AB, com AFE e AFC. Os resultados podem contribuir para o aprimoramento dos instrumentos das próximas avaliações nacionais, bem como para a implementação de estratégias que visem à redução das iniquidades em saúde e que fomentem mudanças nos processos de trabalho das ESB na AB do SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de avaliação do processo de trabalho constitui instrumento importante na prática gerencial, devendo ser estimulada. A avaliação incorporada ao cotidiano dos serviços pode contribuir para aumentar o desempenho e o impacto das ações da AB na saúde da população. Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa ajudar na tomada de decisão nos diferentes níveis de gestão, no sentido de encorajar mudanças na rotina dos serviços visando à organização dos mesmos de forma a incorporar os atributos essenciais da APS.

Programas como o PMAQ-AB são importantes para potencializar a difícil tarefa de avaliar serviços e aprimorá-los. É necessário que medidas como o conhecimento do território e do perfil epidemiológico da população adscrita, o comprometimento dos profissionais e o entrosamento da equipe de saúde no planejamento e na execução das ações em saúde sejam priorizados para que a qualidade, tão perseguida na AB, possa ser alcançada.

Com a presente pesquisa foi possível observar que o instrumento utilizado no Ciclo I do PMAQ-AB não conseguiu analisar adequadamente o processo de trabalho das ESB da AB, pois não foi capaz de reconhecer todos os atributos essenciais da APS na rotina dos serviços. O atributo longitudinalidade não foi bem avaliado.

Constatou-se que as ESB da AB, no Brasil, ainda não estão trabalhando de acordo com os atributos essenciais da APS. Sendo que o atributo mais bem implantado é o primeiro contato.

Ao analisar o processo de trabalho das ESB segundo a região geopolítica, o tipo de equipe e o estrato de certificação do PMAQ-AB foi possível constatar grandes heterogeneidades no país.

O processo de avaliação é necessário para fomentar avanços nos serviços ofertados. Nesse sentido, o PMAQ-AB é uma excelente opção para a institucionalização da avaliação nos serviços públicos de saúde, assim como é uma importante ferramenta para se conhecer o modo como as equipes de saúde

desenvolvem suas práticas. Assim, sugere-se que sejam realizadas modificações no instrumento de coleta de dados utilizado no Ciclo I do PMAQ-AB, visando a melhor avaliar a presença dos atributos da APS no processo de trabalho das ESB da AB.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, v. 03, n.01, p. 01-03, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acessado em: 02/02/2016.

ALMEIDA, G.; SARTI, F.M.; FERREIRA, F.F.; DIAZ, M.D.M.; CAMPINO, A.C.C. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 2, p.90-97, 2013.

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BERTONCINI, J.H. Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n.1. p.150-153, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000**: estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Acesso 26 jan 2016]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal (Cadernos de Atenção Básica, n.17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade PMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AMAQ): Material de apoio a autoavaliação para as equipes de atenção básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. 2 v.: il. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n. 3). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica (DAB). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB). Dados da adesão dos municípios ao ciclo I. Acesso em 24/02/2016. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, D.Q. de et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 175-184, 2004.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014.

CÉSAR, C.L.G.; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 59-70, 1996.

CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-da-SILVA, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 1119-1131, 2007.

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discurso dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de hábitos na saúde pública. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 12, n. 24, p. 153-167, 2008.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão de literatura. **Saúde Transform. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 92-100, Florianópolis: 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAM PAGNE, F.; DENIS, J.L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas (Z. M. A. Hartz, org.), p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CORADINI, S.R. et al. Processo de trabalho no programa saúde da família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 169-74, 2004.

COSTA, M.B.S.; LIMA, C.B.; OLIVEIRA, C.P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Rev Bras Enfermagem**, v. 53, p. 149-152, 2000.

CRUZ, D.B. da et al. Processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-75, 2009.

DAMÁSIO, B.F. Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p. 691-729, 2005.

DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.

FARIA, H. et al. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev bras saúde matern infant**, v. 4, n. 3, p. 317-21, 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.553-563, 2006.

FERTONANI et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FORNELL, C.; LARCKER, D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, p. 39-50, 1981.

FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.64-71, 2009.

GOMES, K. de O. et al. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

HAIR Jr., J.F. et al. Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HENSELER, J.; RINGLE, C.M.; SARSTEDT, M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 43, n. 1, p. 115-135, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acessado em 20/04/2015.

LATTIN, J.M.; CARROLL, J.D.; GREEN, P.E. Análise de dados multivariados. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

MARÔCO, J. Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Sftware & Aplicações. 2ª Ed. Pêro Pinheiro: CAFELESA, 2014.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MENDES, E.V. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES GOLÇALVES, 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 – Séries textos).

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINGOTI, S.A. Análise Fatorial. In: Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. cap. 4, p. 99-141.

MOURA, M.S., FERRO, F.E.F.D., CUNHA, N.L., SOUSA NÉTTO, O.B., LIMA, M.D.M., MOURA, L.F.A.D. Oral health in the family health strategy in a regional management territory of the state of Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 471-480, 2013.

NASCIMENTO, A.C., MOYSÉS, S.T., BISINELLI, S.C., MOYSÉS, S.J. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionismo. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 455-62, 2009.

NASCIMENTO, A.C., MOYSÉS, S.T., WERNECK, R.I., MOYSÉS, S.J. Oral health in the context of primary care in Brazil. **International Dental Journal**, v. 63, p. 237-243, 2013.

NICKEL, D.A. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2008.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, M.A. de C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66 (esp), p. 158-64, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 26 jan 2016

Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. [Acesso 28 jan 2016]. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/vervetes/protrasau.html>

PEREIRA, J.C.R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo: EDUSP, 2001. 156 p.

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. **Ciênc saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PEREIRA, M.M. et al. Uma reflexão sobre a inserção da saúde bucal na saúde da família. **Investigação**, v.8, n. 1-3, p. 97-104, jan/dez 2008.

PEREIRA, C.R.S.; PATRICIO, A.A.R.; ARAUJO, F.A.C. et al. Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p. 985-996, 2009.

PEREIRA, C.R.S.; RONCALLI, A.G.; CANGUSSU, M.C.T.; NORO, L.R.A., PATRÍCIO; A.A.R.; LIMA, K.C. Impact of the Family Health Strategy: an analysis in cities in Northeast Brazil with more than 100,000 inhabitants. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar, 2012.

PIMENTEL, F.C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família da Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p.2189-2196, 2010.

PIMENTEL, F.C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, sup, p. S146-S157, 2012.

PINTO, N.R.S et al. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enfermagem**, v. 13, p. 83-92, 2000.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.564-576, jul./set. 2006.

REIS, E.J.F.B. dos et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

ROCHA, R.D.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparison of access to Oral Health Services between areas covered and not covered by the Family Health Program in Campina Grande, Paraíba State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 2871-2880, 2008.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. *Epidemiologia moderna*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANGLARD-OLIVEIRA, C.A.; WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D.; ABREU, M.H.N.G. Responsibilities of Oral Health Technician in the Family Health Strategy in Minas Gerais, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2453-2460, 2013.

SOARES, L.T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev Bras Enfermagem**, v. 53, p. 17-24, 2000.

SOARES, F.F., FIGUEIREDO, C.R.L., BORGES, N.C.M., JORDÃO, R.A., FREIRE, M.C.M. Oral health teamwork in brazilian family healthcare strategy: an analysis of studies published between 2001 and 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.

SOLLA, J.J.S.; SANTOS, F.P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Experiências inovadoras no SUS: relato de experiências/gestão dos serviços de saúde*. P. 361-391, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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.

SOUZA, D.S. Gestão do trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. In: GOES, P.S.A. de; MOYSSÉS, S.J. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.

STARFIELD, B. *Primare care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.

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

STARFIELD, B.; SHI, L. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.

Stata. *Structural Equation Modeling Reference Manual*. Release 12. Texas: Stata Press Publication; 2011.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press, 2006.

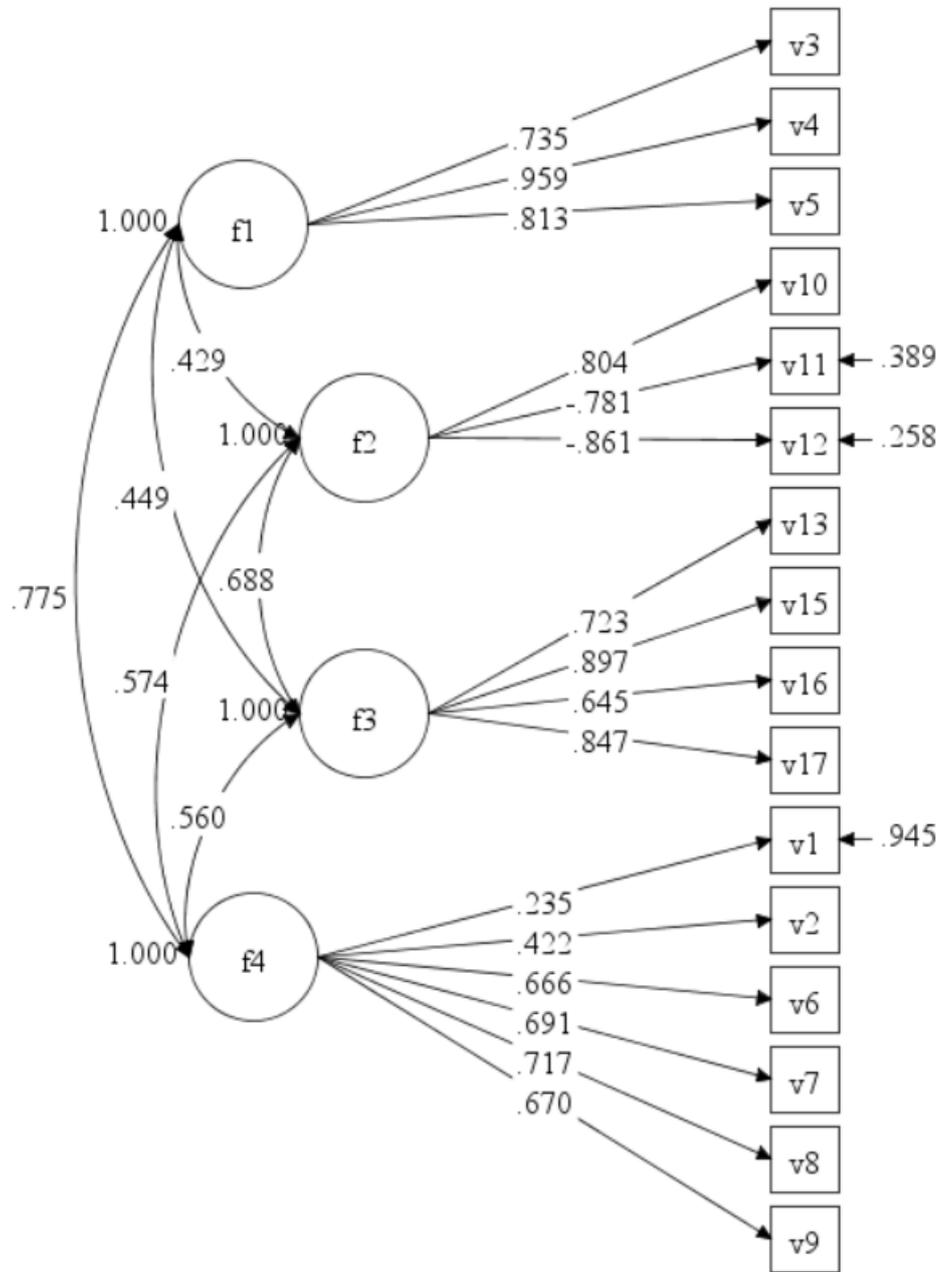
TANAKA, O.Y.; JÚNIOR, M.D. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 821-828, abr. 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20, Suppl 2, p. 190-98, 2004.

**APÊNDICE**

APÊNDICE A - Diagrama com validade discriminante. Covariância entre os fatores.



**ANEXOS**

**ANEXO A – Instrumento do PMAQ-AB 2012/13. Módulo II, seções 36 e 37 (Avaliação Externa – Entrevista como os Profissionais).**

II.36 Atenção à saúde bucal		
Este bloco só deverá ser perguntado se houver na equipe profissional de saúde bucal.		
II.36.1	Como são agendadas as consultas em saúde bucal? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
		Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
		Dias específicos fixos em até três dias na semana
		Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
		Outro(s)
II.36.2	A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Aplicação de selante
		Aplicação tópica de flúor
		Restauração de amálgama
		Restauração de resina composta
		Exodontia
		Selamento provisório de cavidade dentária
		Curativo de demora (saneamento dentário)
		Drenagem de abscesso dentoalveolar
		Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
Nenhuma das anteriores		
II.36.3	Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal?	Sim
		Não
II.36.4	O profissional realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento?	Sim
		Não
II.36.5	A oferta é definida em função do risco identificado? (Se NÃO, passar para a questão II.36.6.)	Sim
		Não
II.36.6	A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea? (Se NÃO, passar para a questão II.36.7.)	Sim
		Não
II.36.6/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

II.36.7	A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento? (Se NÃO, passar para a questão II.36.8.)	Sim		
		Não		
II.36.7/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.36.8	A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?	Sim		
		Não		
II.36.9	A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca? (Se NÃO, passar para o bloco II.37.)	Sim		
		Não		
II.36.9/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
<b>II.37</b>	<b>Saúde bucal: referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária</b>			
II.37.1	Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência para a sua equipe?	Sim		
		Não		
II.37.2	O município possui referência para quais especialidades?  (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Endodontista
		Sim	Não	Periodontista
		Sim	Não	Cirurgião bucomaxilofacial (cirurgia oral menor)
		Sim	Não	Estomatologista
		Sim	Não	Ortodontista
		Sim	Não	Implantodontista
		Sim	Não	Radiologista
				Outro(s)
II.37.3	Existem protocolos que definem fluxos para:  (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Solicitação de próteses a partir da Unidade	
			Referência e contrarreferência de usuários para o CEO ou outro serviço especializado	
			Fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca	
			Atendimento para pessoas portadoras de necessidade especiais pelos profissionais de saúde bucal	
			Nenhuma das anteriores	

Saúde bucal: implantação de reabilitação protética				
II.37.4	A equipe de saúde bucal promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?		Sim	
			Não	
II.37.5	A equipe de saúde bucal realiza a moldagem da prótese dentária na unidade de saúde? (Se NÃO, passar para a questão II.37.6.)		Sim	
			Não	
II.37.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.37.6	A equipe possui referência para profissional protesista?		Sim	
			Não	
II.37.7	A equipe de saúde bucal realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário? (Se NÃO, passar para a questão II.37.8.)		Sim	
			Não	
II.37.7/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.37.8	Existe laboratório de prótese dentária no município? (Se NÃO, passar para a questão II.37.10.)		Sim	
			Não	
II.37.9	Qual o tipo de prótese realizada no laboratório:		Prótese total	
			Prótese parcial removível	
			Prótese fixa	
Depois de solicitado pelo profissional da atenção básica, quanto tempo em média o usuário espera pelo atendimento das seguintes especialidades:				
II.37.10	Endodontia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.11	Periodontia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.12	Cirurgião bucomaxilofacial (cirurgia oral menor)		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.13	Estomatologia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.14	Ortodontia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.15	Implantodontia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.16	Radiologia		Dias	Não houve encaminhamento
II.37.17	Atendimentos a pessoas com deficiência		Dias	Não houve encaminhamento

**ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa.****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB"

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMEMA/UFPEL