



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



GLAUBER VICTOR CABRAL DE MORAIS

**CORRELAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL E INDICADORES DE DESEMPENHO NO RIO GRANDE DO NORTE**

NATAL/RN

2019

Glauber Victor Cabral de Moraes

CORRELAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL E INDICADORES DE DESEMPENHO NO RIO GRANDE DO NORTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF e Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado

Orientador: Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos

NATAL/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da
Saúde – CCS

Morais, Glauber Victor Cabral de.

Correlação entre processos de trabalho das equipes de saúde bucal e indicadores de desempenho no Rio Grande do Norte / Glauber Victor Cabral de Moraes. - 2019.

62f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientador: Cipriano Maia de Vasconcelos.

1. Saúde bucal - Dissertação. 2. Política de saúde - Dissertação. 3. Avaliação de programas e projetos de saúde - Dissertação. I. Vasconcelos, Cipriano Maia de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616.314-084

CORRELAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E INDICADORES DE DESEMPENHO NO RIO GRANDE DO NORTE

Equipe participante:

Glauber Victor Cabral de Moraes

Odontólogo, aluno do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, membro executor do projeto.

Dr Cipriano Maia de Vasconcelos

Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família do Nordeste – MPSF/RENASF, orientador.

NATAL/RN

2019

Glauber Victor Cabral de Moraes

Correlação entre processos de trabalho das equipes de saúde bucal e indicadores de desempenho no Rio Grande do Norte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos - UFRN
(Orientador)



Profª. Dra. Karla Patricia Cardoso Amorim - UFRN
(Membro Interno)



Profª. Dra. Geórgia Costa de Araújo Souza - UERN
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 1º de novembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Gláucio de Moraes e Silva e Victória Régia Cabral de Moraes que sempre estiveram comigo me mostrando o caminho da justiça, do valor das coisas simples, e certamente me propiciaram ser uma pessoa sensível às causas mais humanas, numa sociedade ainda tão desigual e indiferente.

Á minha avó Joana Moraes minha amiga/confidente, pelo seu carinho de sempre, pelas palavras de incentivo e que sempre enxergou a educação como um investimento e um bem inalienável.

Á Meu irmão Vinícius Gabriel Cabral de Moraes, meu grande amigo cuidadoso e leal.

Á minha amiga Bárbara Danielle Calixto De Alcântara a quem agradeço a paciência, aos conselhos que sempre me trazem a reflexão.

Aos amigos do trabalho representados nas pessoas de Marco Aurélio Oliveira de Azevedo e Hugo Cesar Novais Mota, a quem agradeço pela ajuda fundamental e pela generosidade que me deixou muito aprendizado.

Ao colega Salomão Israel Monteiro Lourenço Queiroz e a colega Alessandra Lucchesi pelas contribuições científicas em diferentes fases dessa dissertação.

Ao meu orientador Cipriano Maia de Vasconcelos pelo seu esforço e disposição em contribuir com este trabalho.

“Amar e mudar as coisas me interessa mais”
(Belchior)

RESUMO

O presente estudo aborda a correlação entre os processos de trabalho e os indicadores em saúde Bucal e se propõe a contribuir com a institucionalização de uma cultura de avaliação que venha estimular a capacidade de análise das equipes e dos sistemas locais com vistas à mudança nas práticas do cuidado. O objetivo desse Trabalho foi de avaliar e compreender como as Equipes de Saúde Bucal organizam e gerenciam o processo de trabalho na articulação das ações no Estado do Rio Grande do Norte e a correlação com dois indicadores do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de estudo descritivo/analítico, de corte transversal, de indicadores (primeira consulta odontológica e razão de tratamentos concluídos por primeiras consultas odontológicas), bem como dos padrões dos processos de trabalho desenvolvidos pelas Equipes de Saúde Bucal. Foram utilizados bancos de dados secundários tanto para a avaliação dos indicadores, quanto para a avaliação externa do PMAQ-AB referentes ao 2º ciclo deste programa. Os dados foram analisados no SPSS Statistics (Versão 22). Para análise descritiva foram avaliadas as médias, desvios padrão, máximo, mínimo, mediana, quartis. Para verificar diferença significativa dos indicadores e padrões de processos de trabalho foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Foram considerados valores significativos $p < 0,05$. Como resultados apresentamos que a maioria das equipes de Saúde Bucal as quais participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Estado do Rio Grande do Norte afirmaram planejar a organização do processo de trabalho. Ao correlacionarmos os padrões dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal e os indicadores, detectou-se que, quanto mais satisfatórios foram os padrões de processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal nos municípios, maiores foram as médias dos Indicadores de Primeira Consulta e Razão de Tratamento Concluído por Primeira Consulta, e ambas com significância estatística ($p = 0,001$ e $p = 0,003$, respectivamente). Conclui-se nesse estudo que a organização do processo de trabalho foi um fator determinante no impacto sobre os indicadores de utilização no serviço. Porém, sugere-se a avaliação de outros fatores condicionantes que possam

interferir na melhoria destes indicadores. Dentre esses fatores, sugere-se considerar aspectos estruturais (físicos e recursos humanos dos serviços).

Palavras-Chave: Saúde bucal. Política de saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

The present study addresses the correlation of processes and indicators in oral health from the perspective of producing a culture of analysis, evaluation and intervention capable of generating institutional capacity in teams and local systems to produce changes in service practices. The aim of this paper was to evaluate and understand how the Oral Health Teams organize and manage the work process in the articulation of actions in the context of the work of the Family Health team in the state of Rio Grande do Norte and the correlation with two indicators of the oral health. National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). Secondary databases were used for both indicator evaluation and PMAQ-AB external evaluation for the 2nd cycle of this program. Data were analyzed using SPSS Statistics (Version 22). For descriptive analysis were evaluated the means, standard deviations, maximum, minimum, median, quartiles. To verify significant difference of indicators and patterns of work processes, the Mann-Whitney test was used. Significant values were considered $p < 0.05$. As results we present that the majority of the Oral Health teams that participated in the external evaluation of PMAQ-AB in the State of Rio Grande do Norte affirmed to plan the organization of the work process. By correlating the work process patterns of the oral health teams and the indicators, it was found that the more satisfactory the work process patterns developed by the oral health team in the municipalities, the higher the averages of the First Consultation and Reason for Health indicators. Treatment Completed by First Consultation, both with statistical significance ($p = 0.001$ and $p = 0.003$, respectively). It is concluded in this study that the organization of the work process was a determining factor in the impact on service utilization indicators. However, it is suggested to evaluate other conditioning factors that may interfere with the improvement of these indicators. Among these factors, it is suggested to consider structural aspects (physical and human resources of services).

Keywords: Oral health. Health policy. Evaluation of health programs and projects.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
MS	Ministério da Saúde
CD	Cirurgião Dentista
UBS	Unidade Básica de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade dos Serviços da Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
MTO	Modelo Tradicional de Odontologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	12
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	17
2.1	PROCESSO DE TRABALHO EM ODONTOLOGIA.....	17
2.2	PMAQ-AB: AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL.....	18
2.3	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL.....	21
2.4	INDICADOR COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA.....	23
2.5	RAZÃO ENTRE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS E PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMÁTICAS.....	24
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.2	POPULAÇÃO.....	26
4.3	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	26
4.3.1	Critério de Inclusão.....	26
4.3.2	Critério de Exclusão.....	27
4.4	COLETA DE DADOS.....	27
4.5	VARIÁVEIS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL (VARIÁVEIS DEPENDENTES).....	28
4.6	VARIÁVEIS PADRÕES DE PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDOS PELAS ESB (VARIÁVEIS INDEPENDENTES).....	28
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6.1	ARTIGO.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53

APÊNDICE	58
ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica (AB) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de reorganizar a AB no Brasil, no ano de 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) como novo modelo assistencial que se fundamentava na atuação do campo da Vigilância em Saúde, tendo ações voltadas para a identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, além de possibilitar a análise da determinação das formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definidas coordenadas por uma equipe multiprofissional (composta basicamente pelo médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem) (ROCHA; ARAÚJO, 2009).

Desde sua criação, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Somente após quase sete anos após a criação do PSF, é que a saúde bucal passa a ser efetivamente integrante da ESF nos primeiros meses de 2001, após o Ministério da Saúde (MS) estabelecer por meio da *Portaria nº. 1.444*, o incentivo financeiro referente à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil (BRASIL, 2000).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (eSB) representou um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho. Vislumbrou-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do

trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Esta nova maneira de produção de cuidado da Equipe de Saúde Bucal possibilitaria a ruptura com os modelos assistenciais excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Desta maneira, seria capaz de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado, levando em consideração a complexidade da gestão do cuidado a qual deve refletir e buscar estratégias para que a integralidade e a resolutividade das ações ocorram.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, além de construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal, que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (OKUYAMA; AGUILAR-DA-SILVA, 2017).

No entanto, mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e Programa Brasil Sorridente, isso não implicou, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Diversos fatores são citados na literatura como prováveis entraves para a construção de um novo modelo assistencial voltado a um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado e rompendo com modelos assistenciais excludentes.

Para Baldani *et al.* (2005), o fato da odontologia não estar presente desde o início da ESF possivelmente acarretou prejuízos no processo de integração dos profissionais correlacionados e pode também ter determinado a existência de formas variadas no processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal, umas mais voltadas à prevenção, outras mais para o curativismo.

Segundo Zanetti (2001), caso o incentivo financeiro seja visto como “atraente” pelos prefeitos, esse crescimento “exponencial” das equipes de saúde bucal pelo

Brasil será “desorganizado”, “pautado no ensaísmo programático”, “constituindo um crescimento „tumoral” e não „orgânico” ao sistema”.

Outro fator citado na literatura como entrave é a formação em odontologia ser historicamente caracterizada por fragmentação de conteúdos com foco na especialização, alto custo e para a atuação quase exclusiva no mercado privado da profissão – constitui um desafio presente. Apesar dos constantes esforços do Ministério da Educação na implementação de Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais mais preparados para atuarem no sistema público de saúde (SILVEIRA; GARCIA, 2015).

Diante de todos esses fatores, faz-se necessária a adoção da gerência do cuidado em Saúde Bucal. Para Cecílio (2011), a gestão do cuidado se define como a provisão das tecnologias de saúde aos indivíduos de acordo com suas necessidades, organizando-se em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária e surge como instrumento para superar a fragmentação e garantir a integralidade.

Como atribuições da eSB na gerência do cuidado em Saúde Bucal têm-se: a participação no processo de territorialização, mapeamento da área de atuação, identificação dos grupos famílias e indivíduos expostos a riscos, planejamento das ações para garantir a integralidade da atenção, por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, atendimento à demanda espontânea, controle das doenças bucais e referenciamento a outros níveis de atenção (SOUZA, 2010).

Segundo Reis, Scherer e Carcereri (2015), a mudança do processo de trabalho, parece ser um dos grandes desafios para a eSB na ESF e, portanto, há ainda um grande caminho a percorrer pelo Cirurgião Dentista (CD) para se aproximar do que está prescrito pelas diretrizes nacionais da Política da Atenção Básica.

O CD permanece sendo um profissional solitário na Unidade Básica de Saúde (UBS); mesmo na ESF, o processo de trabalho ainda permanece centrado nele, destarte, o trabalho em equipe continua não sendo fortalecido, restringindo a efetividade das ações de promoção da saúde.

Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais e um novo modo de se fazer saúde (SCHERER; SCHERER, 2015).

Nessa perspectiva, o MS lançou, em 2011, instituído por meio da Portaria nº 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012).

Neste intuito o PMAQ-AB surge como componente das diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção Primária em Saúde (APS), buscando avaliar, dentre outros componentes a gestão do cuidado na sua dimensão organizacional, que se realiza nos serviços de saúde, avaliando desta forma o processo de trabalho.

Portanto a partir do PMAQ-AB, apostou-se, assim, na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, visto que há necessidade de qualificação dos processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica (eAB), incluindo as eSB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A mudança do processo de trabalho parece ser um dos maiores desafios para a equipe de saúde bucal na ESF superar uma prática assistencial em odontologia construída historicamente (no campo da formação e práticas) voltada para fragmentação, centrada no atendimento curativo.

Por isso torna-se imprescindível avaliar e compreender as formas como as Equipes de Saúde do estado do Rio Grande do Norte organizam e gerenciam o processo de trabalho na articulação das ações e a associação destas com os indicadores de saúde bucal, e com os resultados obtidos, contribuirão para melhoria da qualidade da atenção à saúde bucal ao produzir informações que poderão auxiliar no planejamento de novas formas de organização, no redirecionamento das práticas profissionais e nos processos de tomada de decisão na gestão do cuidado em odontologia.

A presente dissertação está organizada em 4 momentos sendo o primeiro esta introdução, que descreve as ideias centrais a que se reporta a pesquisa e seus objetivos. O segundo momento aborda referenciais teóricos sobre a divisão

metodológica do PMAQ-AB no segundo ciclo, indicadores em saúde bucal e a avaliação externa deste Programa que subsidiam o entendimento da temática estudada. O terceiro descreve os caminhos metodológicos utilizados. O quarto se refere aos resultados e discussões a serem publicados, no formato de artigo científico.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM ODONTOLOGIA

A Política Nacional de Atenção Básica define que são características do processo de Trabalho das equipes da AB a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, incluindo o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais. Portanto, cabe à equipe da AB o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva (BRASIL, 2011)

No entanto, estudos sobre o processo de trabalho das eSB nos serviços públicos odontológicos, realizados entre os anos 1970 e 1990, centraram análises no âmbito da racionalização do trabalho: o aperfeiçoamento da organização e rendimento, a simplificação tecnológica e a utilização de profissionais auxiliares. (TRAVASSOS, MARTINS; 2004; SOUZA *et al.*, 2008; NEVES, HECKERT; 2010)

A incorporação das eSB na ESF e a PNSB impulsionaram significantes avanços nas ações de saúde bucal no âmbito do SUS. Além da expansão do número de equipes, na ampliação do acesso a serviços especializados e no maior aporte de recursos federais para a área, a reorganização das ações em saúde bucal tem sido vista como a possibilidade de ruptura com os históricos modelos de atenção baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, por meio da reorientação do processo de trabalho (BRASIL, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007).

Para isso, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção, concretizando o princípio da integralidade. (BRASIL, 2004);

Porém, após mais de uma década de vigência da PNSB, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertados à população (BONFADA *et al.*, 2012; MELLO *et al.*, 2014). Logo, a avaliação e a gestão dos serviços de atenção primária

devem valorizar os componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, visando alcançar resultados positivos no estado de saúde dos indivíduos e da população (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; MOURA *et al.*, 2010)

Mudanças no sistema de trabalho em saúde bucal estão intimamente associadas ao modo como são produzidas as ações de saúde e à maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e, mais além, distribuí-las (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

O processo de trabalho em saúde bucal não se esgota na assistência odontológica individual; a integralidade só é alcançada por meio da criação de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, voltadas ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidades. Achados iniciais a partir do PMAQ-AB revelam que a constituição das linhas de cuidado é um dos pontos mais significativos na busca pela integralidade e se dá pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, com assistência multiprofissional, operando com acolhimento, vinculação de clientela e responsabilidade da equipe (LORENA *et al.*, 2015)

Para Silveira Filho (2009) processos de trabalhos em odontologia voltados ao planejamento (por meio de ferramentas do planejamento estratégico, que utilize critérios para priorização dos casos, proporcionam o direcionamento da organização dos serviços em consonância com os princípios da integralidade e equidade possibilitando a organização do atendimento clínico.

2.2 PMAQ-AB: AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

A expansão da ESF, vinculada ao credenciamento de equipes independentemente de resultados, passou a requerer políticas indutoras da qualificação tanto da estrutura quanto da atenção ofertada. Com isso, a partir de 2012, foi instituído, entre outras ações da Política Nacional de Atenção Básica o componente de qualidade do PAB variável, denominado (PMAQ-AB).

Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade de serviços e ações em saúde bucal vem tornando-se um objeto recente de pesquisas com a finalidade de institucionalizar esta e incorporá-la à rotina dos serviços como parte integrante do

planejamento, dando suporte à formulação de políticas e aos processos decisórios (COLUSSI; CALVO, 2012).

O PMAQ-AB alinha-se ao esforço de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da AB ao permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais a ela direcionadas. Nos dois primeiros ciclos ele foi estruturado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Certificação e Recontratualização. O êxito desse programa está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente (BRASIL, 2012).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa onde acontece a indicação, pelos gestores municipais, do quantitativo de eAB que participarão do segundo ciclo do Programa, nessa etapa também é realizada a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes eAB com os gestores municipais, e desses com o MS num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012).

A segunda fase consiste na etapa de Desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. O que se pretende induzir é que a fase de desenvolvimento compreenda ações transversais e sistemáticas durante todo o período de participação da equipe e gestão no programa. Esta fase foi subdividida em quatro subdimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Insituicional.

Nesta etapa de Monitoramento do PMAQ-AB, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em seis áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental),

Esses indicadores foram classificados em: a) Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de certificação e que serão utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho; e b) Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto,

influenciar na pontuação atribuída às eAB no processo de avaliação externa (BRASIL, 2012).

No segundo Ciclo para Saúde Bucal foram incluídos 07 indicadores. Sendo 04 indicadores de Desempenho: Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Proporção de instalações de próteses dentárias, Proporção de tratamentos concluídos e 3 indicadores de Monitoramento: Cobertura de atendimento odontológico à gestante, Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

A Terceira fase consiste na Certificação, que é composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim (BRASIL, 2012).

A quarta fase, Recontratualização, é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2012).

A avaliação externa foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Ao contratualizar, o município assume que participará da avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação. Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e verificação de documentos (BRASIL, 2012).

A avaliação externa é o momento no qual será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB. O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, conforme o método de

coleta das informações. Sendo a entrevista com a eSB e a verificação de documentos pertencente ao Módulo VI. Tal módulo objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2012).

2.3 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

A vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica e ambiental/territorial) constitui um dos eixos estratégicos para a ampliação do acesso da população, no modelo de atenção em saúde bucal vigente. Sendo assim, esse modelo baseia-se na utilização da vigilância epidemiológica para subsidiar o planejamento e, ainda, no acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores. A produção dos dados primários de saúde bucal, como os do “Levantamento das condições de saúde bucal no Brasil - Projeto SB Brasil” - também têm auxiliado na vigilância da saúde bucal, pautada em um modelo de atenção de base epidemiológica, que vem a contribuir para consolidação da PNSB (MOYSÉS *et al.*, 2013).

Todavia para o planejamento das ações locais de saúde bucal, como a exemplo das UBS com ESF, os dados nacionais apresentam limitações quanto a inferência estatística para o nível local, forçando a eSB a realizar seu próprio levantamento local, caso queira dispor de informação epidemiológica confiável (GOES, 2008).

Outra forma de se obter informações em saúde é por meio da coleta de dados secundários, através do uso de Sistema de Informações em Saúde. Com a implantação do SUS, foi necessária a criação de vários desses sistemas para que fornecessem informações regulares aos diversos níveis de gestão do sistema, e assim, auxiliassem na tomada de Decisão (MOTA; CARVALHO, 2003; TAUIL, 2004).

Contudo, a falta de organização política e escassez de dados de saúde bucal disponíveis nos Sistemas de Informações do SUS, dificultavam a existência de indicadores de saúde bucal (RONCALLI, 2009). Os únicos registros sobre assistência odontológica eram disponibilizados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA): um sistema de informação desenvolvido em 1991, que tinha como unidade de registro o procedimento ambulatorial realizado pelo cirurgião-dentista: consulta, aplicação de flúor, escariação, restauração, exodontia, dentre outros (MOTA; CARVALHO, 2003)

Sabe-se que essa deficiência de dados de morbidade bucal nos Sistemas de Informação em Saúde implantados no SUS, interfere negativamente em aspectos importantes da atenção básica: tais como o planejamento das ações, organização da demanda por serviços de assistência e avaliação do Impacto da atenção à saúde bucal sobre a população do território (ANTUNES; NARVAL, 2010; CARNUT *et al.*, 2011; BALDANI; ANTUNES, 2011).

Diante disso, e na carência de uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal, o Ministério da Saúde, em 2006, mediante Portaria nº 493 definiu os Indicadores do Pacto da Atenção Básica, dentre eles: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; e em 2010, a Portaria nº 3.480, incluiu os indicadores Cobertura Populacional estimada das equipes de saúde bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família, e Média da ação coletiva/escovação supervisionada no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Desta forma, foram definidos Indicadores de saúde bucal, construídos a partir de dados dos Sistemas de Informações de Saúde do SUS, podendo serem utilizados como ferramentas para o planejamento, avaliação das ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2010; PALMIER, 2012).

Em 2011, foi implantado, pelo Ministério da Saúde, o PMAQ-AB para promover a melhoria de acesso e da qualidade de atenção à saúde, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e local. Sua avaliação incluiu 47 indicadores subdivididos em sete áreas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes e Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental.

A avaliação para a área da saúde bucal foi constituída pelos indicadores: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura de Primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, Razão entre Tratamentos Concluídos x Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, Média de instalações de próteses dentárias e Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Optou-se pelo monitoramento sistemático no âmbito das equipes de AB, que é de grande responsabilidade de todos os profissionais e gestores do SUS, considerando que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o

esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2011).

2.4 INDICADOR COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

O Indicador mede a relação entre a produção de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica e a população cadastrada na mesma área geográfica. O indicador reflete o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, com o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano uma resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência que não tem seguimento previsto.

Como ações que promovem a melhoria do indicador referente ao processo de trabalho pela ESB têm: Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal no Sistema de Atenção em Atenção Básica (SISAB), com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição, planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada e Programação das ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco (BRASIL, 2015).

Alguns estudos corroboram com a relação de que um serviço mais organizado - que tem apoio político e planejamento técnico para a sua implementação, cumpre as diretrizes propostas pela PNSB e possuem gestores que têm capacidade de governo e controle da condução do processo de trabalho - evidenciaram maior uso dos serviços públicos odontológicos (CHAVES *et al.*, 2011; ROSSI, 2011).

No entanto, Para Viana (2017) fatores estruturais e de organização do processo de trabalho das ESB não influenciaram o desempenho do indicador de acesso aos serviços odontológicos de forma programática.

2.5 RAZÃO ENTRE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS E PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMÁTICAS

O indicador razão entre Tratamentos concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas mede a relação dos tratamentos concluídos pelos cirurgiões-dentistas em relação às primeiras consultas odontológicas programáticas. Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

Algumas ações referentes ao processo de trabalho/gestão do cuidado pela ESB promovem a melhoria do indicador tais como: Estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembretes aos usuários das consultas agendadas, entre outros), avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado. Garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados (BRASIL, 2015).

Viana (2017) mostra uma relação estatisticamente significativa entre os padrões de qualidade municipais do processo de trabalho das ESB e a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática, onde, os municípios classificados com padrão satisfatório apresentaram uma média maior de tratamentos concluídos quando comparados aos padrões intermediários e insatisfatórios.

Outros estudos corroboram com esta associação. Thurow, Castilhos e Costa (2015) afirmaram que os fatores relacionados ao tipo de acolhimento adotado no modelo ESF, a capacidade de convencimento dos profissionais das equipes no sentido de os usuários compreenderem a importância de completar seu tratamento, a possibilidade de realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e a garantia de reconsulta parecem contribuir para uma frequência maior de tratamentos concluídos.

Melo *et al.* (2016) afirma ainda que para melhor desempenho desse indicador é preciso intensificar as estratégias que garantam a adesão aos tratamentos programáticos, fortalecendo a humanização do atendimento, a busca ativa de faltosos e a oferta das referências especializadas na perspectiva de garantir a continuidade e a conclusão dos tratamentos iniciados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização dos processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal e avaliar a correlação desses com indicadores do PMAQ-AB no contexto do trabalho destas no Estado do Rio Grande do Norte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Avaliar um conjunto de indicadores contratualizados no PMAQ-AB (os Indicadores de Desempenho: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, indicador da Razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- ✓ Analisar e identificar aspectos do Processo de Trabalho pela ESB relacionados a reunião de equipe, organização dos prontuários na UBS, organização da agenda da equipe da atenção básica, coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, oferta e resolubilidade das ações da eSB ,câncer de boca, atenção ao pré-natal, atenção a criança até 05 anos de idade, visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio, prótese dentária, programa saúde na escola.
- ✓ Correlacionar o Indicador de Primeira consulta Odontológica e o padrão de processos de trabalhos realizados pelos municípios do RN;
- ✓ Correlacionar o Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas, e o padrão de processos de trabalhos realizados pelos municípios do RN.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de corte transversal. Correlaciona indicadores de desempenho previstos na fase de monitoramento do segundo ciclo (primeira consulta odontológica e razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas), com os padrões dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal em cada município que participaram na fase de certificação (avaliação externa) do PMAQ-AB realizados e/ou aferidos pelas eSB participantes deste programa

4.2 POPULAÇÃO

O Estado do Rio Grande do Norte está dividido em 167 municípios que segundo estimativas intercensitárias do IBGE para 2014 apresentavam uma população de 3.373.959 habitantes, e conforme o e-Gestor Atenção Básica possuía 1.031 equipes de atenção básica com Saúde da Família e 955 equipes de saúde bucal na Saúde da Família em dezembro de 2014. Nesse ano a cobertura das equipes de saúde bucal atingiu 77,05% da população do estado.

A população deste estudo foi constituída pelas eSB do Estado do Rio Grande do Norte participantes do PMAQ-AB no segundo ciclo deste Programa que foi composta por 795 eSB distribuídas em 154 Municípios que aderiram ao programa no segundo ciclo do Programa.

4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.3.1 Critério de Inclusão

Equipes de Saúde Bucal do Estado do Rio Grande do Norte participantes do PMAQ/AB do segundo ciclo

4.3.2 Critério de Exclusão

Equipes que não responderam nenhum item na avaliação externa.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi dividida em dois momentos: no primeiro, foi realizada uma avaliação descritiva do componente processo de trabalho onde foram consideradas as informações geradas a partir do Módulo VI (Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde), considerando a Dimensão de Processo de Trabalho da eSB, e o instrumento de VIANA (2017), com 74 variáveis presentes nas 12 subdimensões que versavam sobre: Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe (08), reunião de equipe (08), organização dos prontuários na UBS (03), organização da agenda da equipe da atenção básica (03), coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade (21), oferta e resolubilidade das ações da esb (20), câncer de boca (03), atenção ao pré-natal (01) atenção a criança até 05 anos de idade (01), visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio (02), prótese dentária (01), programa saúde na escola (03) (APÊNDICE A).

Em seguida construímos os padrões de Processo de Trabalho municipais das ESB que participaram da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. A segunda etapa referiu-se a uma análise de indicadores de saúde bucal na atenção primária com vista a testar a sua associação com os padrões de processos de trabalho municipais das equipes de saúde bucal.

Foram utilizados bancos de dados secundários tanto para a avaliação dos indicadores (monitoramento de indicadores de saúde) quanto para a avaliação externa do PMAQ-AB referentes ao 2º ciclo. O Segundo Ciclo que aconteceu nos anos de 2013 e 2014. Os indicadores de desempenho foram obtidos mediante acesso a plataforma WEB e-Gestor AB (Atenção Básica) por meio do Gestor do Programa Estadual da Atenção Básica no período de janeiro a dezembro de 2014 (ano que foi realizado a avaliação externa do Programa). Já os dados da avaliação externa do 2º ciclo são de livre acesso e estão disponíveis no site do PMAQ (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>).

4.5 VARIÁVEIS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL (VARIÁVEIS DEPENDENTES)

Foram coletados os valores absolutos da produção odontológica de primeiras consultas e razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas realizadas no ano de 2014 para todas as equipes de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte.

Após essa coleta, selecionamos apenas aquelas equipes que participaram do segundo ciclo do PMAQ, por meio da compatibilidade do Identificador Nacional de Equipe (INE), que foram informadas na avaliação externa. Para o cálculo desses indicadores usamos o seguinte cálculo:

Para o cálculo do Indicador de Primeira Consulta Odontológica utilizamos a fórmula: Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100; como usamos o referencial de equipes odontológicas, para termos o valor deste indicador por cidade, utilizamos a Estimativa da População coberta por eSF: Nº de eSFx3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma eSF) para o cálculo do denominador (BRASIL, 2016). Para aquelas cidades que apresentaram a estimativa de 3.450 por equipe maior que a População do Município, considerou-se a População total deste.

Para o cálculo da Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programática utilizamos o Número de tratamentos concluídos pela ESB dividido pelo número de primeira consulta odontológica programática multiplicada por 100.

4.6 VARIÁVEIS PADRÕES DE PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDOS PELAS ESB (VARIÁVEIS INDEPENDENTES)

Essas variáveis foram coletadas e construídas a partir do Módulo VI (Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde), considerando a Dimensão de Módulo de Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe, e as subdimensões que versavam sobre reunião de equipe, organização dos prontuários na UBS, organização da agenda da equipe da atenção básica, coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, oferta e resolubilidade das ações da eSB, câncer

de boca, atenção ao pré-natal, atenção a criança até 05 anos de idade, visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio, prótese dentária, programa saúde na escola.

Utilizou-se o instrumento desenvolvido por Viana (2017), para construção dos padrões de Processo de Trabalho (variáveis independentes) levando em conta as 74 repostas das subdimensões citadas previamente das ESB que participaram da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Na construção desse Padrão de Processo de Trabalho foram atribuídos escores (opção „Sim“ do questionário das variáveis, Escore 1) e não conformidades (opção „Não“, Escore 0), por eSB, para cada uma das dimensões avaliadas. A dimensão, por sua vez, foi representada pela média dos escores de adequação das subdimensões que a compõem, expressa pelo número de conformidades ou concordância com os parâmetros apresentados no PMAQ-AB para cada variável analisada. Logo Após foram calculadas as médias para cada município, com o intuito de construir os padrões de Processo de Trabalho municipais.

Os parâmetros para classificação e análise dos padrões de processos de trabalho municipais das equipes foram criados a partir de quartis e, na apresentação dos dados, optou-se pela junção dos intervalos intermediários. Assim foram classificados os municípios quanto com valores de médios: abaixo do quartil 25 (padrão insatisfatório), entre 25 a 75 (intermediário) e acima de 75 (satisfatório).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram montados e analisados no SPSS Statistics (Versão 22). Para análise descritiva foram avaliadas as médias, desvios padrão, máximo, mínimo, mediana, quartis (≤ 25 , $25 < 75$; e ≥ 75).

Neste estudo, correlacionamos 02 indicadores de desempenho: Cobertura de primeira consulta odontológica programática e Razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas os Padrões de Processo de trabalho descritos anteriormente.

Assumindo a não normalidade da amostra o teste utilizado para verificar diferença significativa dos indicadores de acordo com a classificação de adotada na metodologia (satisfatório e intermediário) foi teste de Mann-Whitney. Foi considerado valores significativos $p < 0,05$.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi condicionada ao cumprimento pelo pesquisador aos requisitos da RESOLUÇÃO Nº 510/2016 CNS e suas complementares e, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, conforme Artigo Único, Inciso V desta.

Foi obtida uma Carta de Anuência a Secretaria de Saúde Pública do Estado de Rio Grande do Norte instituição responsável pelo acesso à plataforma WEB e-Gestor AB (Atenção Básica) por meio do Gestor do Programa Estadual da Atenção Básica aos dados públicos, porém de acesso restrito, referentes aos indicadores de saúde bucal no referido ano de 2014, o qual foi realizado o segundo ciclo do PMAQ-AB. (ANEXO A)

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de um artigo científico. “O mesmo foi intitulado “**CORRELAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E INDICADORES DE DESEMPENHO NO RIO GRANDE DO NORTE**” será enviado para revista “Ciência & Saúde Coletiva”, por esta razão suas referências está nas normas estilo Vancouver.

6.1 ARTIGO

RESUMO

Objetivo: Analisar como as Equipes de Saúde Bucal (eSB) desenvolvem seus processos de trabalho no Estado do Rio Grande do Norte de acordo com o segundo ciclo do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a correlação com indicadores de desempenho. Trata-se de estudo descritivo/analítico, de corte transversal, de indicadores (primeira consulta odontológica e razão de tratamentos concluídos por primeiras consultas odontológicas), bem como dos padrões dos processos de trabalho desenvolvidos pelas eSB. Para verificar diferença significativa dos indicadores e padrões de processos de trabalho foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Resultados: De maneira geral, as eSB afirmaram planejar a organização do processo de trabalho. Ao correlacionarmos os padrões dos processos de trabalho das eSB e os indicadores detectamos que quanto mais satisfatório estes padrões, maiores foram as médias dos Indicadores de Primeira Consulta e Razão de Tratamento Concluído por Primeiras Consultas, com significância estatística ($p=0,001$ e $p=0,003$, respectivamente). Conclusões: A organização do processo de trabalho foi um fator determinante no impacto sobre os indicadores. Sugere-se a avaliação de fatores estruturais que possam contribuir na melhoria dos indicadores.

Palavras-Chave: Saúde bucal, Política de saúde, Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate how the Oral Health Teams (eSB) develop their work processes in the state of Rio Grande do Norte according to the second cycle of the National Program for Access and Quality Improvement of Primary Care (PMAQ-AB) and the correlation with performance indicators. This is a descriptive / analytical cross-sectional study of indicators (first dental appointment and ratio of treatments completed by first dental appointment), as well as the standards of work processes developed by eSB. To verify significant difference of indicators and patterns of work processes, the Mann-Whitney test was used. Results: In general, the eSB stated to plan the organization of the work process. By correlating the work process patterns of the eSB and the indicators, we found that the more satisfactory these patterns, the higher the means of the First Consultation and Treatment Reason Completed First Consultation Indicators, with statistical significance ($p = 0.001$ and $p = 0.003$, respectively). Conclusions: The organization of the work process was a determining factor in the impact on the indicators. The evaluation of structural factors that may contribute to the improvement of the indicators is suggested.

Keywords: Oral health, Health policy, Evaluation of health programs and projects.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como modelo assistencial em 1994 e tinha como objetivo central reorganizar a Atenção Primária à saúde, contando com equipe multiprofissional fundamentando-se na atuação do campo da Vigilância em Saúde, tendo

ações voltadas para a identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, além de possibilitar a análise da determinação das formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido¹.

Desde sua criação em 1994, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017².

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (eSB), por meio da Portaria nº. 1.444³, que previu o incentivo financeiro referente à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, representou um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho.

Desta Maneira, vislumbrava-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal⁴⁻⁵.

Uma nova maneira de produção de cuidado da Equipe de Saúde Bucal possibilitaria a ruptura com os modelos assistenciais excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo⁶⁻⁷.

Esta nova concepção seria capaz de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado, levando em consideração a complexidade da gestão do cuidado a qual deve refletir e buscar estratégias para que a integralidade e a resolutividade das ações ocorram⁸⁻⁹.

Para Scherer e Scherer¹⁰, apesar do novo cenário normativo, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal. Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante. São necessários esforços continuados na gestão do trabalho, formação e educação permanente. Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais e um novo modo de se fazer saúde

Desta forma, a mudança do processo de trabalho parece ser um dos maiores desafios para a equipe de saúde bucal na ESF superar uma prática assistencial em odontologia construída historicamente (no campo da formação e práticas) assentada na fragmentação, e, centrada no atendimento curativo.

Nessa perspectiva, o MS lançou, em 2011, instituído por meio da Portaria nº 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde¹¹.

Neste intuito o PMAQ-AB surge como componente das diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção Primária em Saúde (APS), buscando avaliar, dentre outros componentes a gestão do cuidado na sua dimensão organizacional, que se realiza nos serviços de saúde, avaliando desta forma o processo de trabalho.

Portanto a partir do PMAQ-AB, apostou-se, assim, na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, visto que há necessidade de qualificação dos processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica (eAB), incluindo as eSB¹².

Dentro deste Programa, optou-se também pelo monitoramento sistemático no âmbito das equipes de AB, que é de grande responsabilidade de todos os profissionais e gestores do SUS, considerando que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, na perspectiva da utilização da vigilância epidemiológica para subsidiar o planejamento e, ainda, no acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores¹³⁻¹⁴.

Por isso torna-se imprescindível avaliar e compreender as formas como as Equipes de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte organizam e gerenciam o processo de trabalho na articulação das ações e a associação das ações com os indicadores de saúde bucal e com os resultados obtidos, contribuiremos para melhoria da qualidade da atenção à saúde bucal ao produzirmos informações que poderão auxiliar no planejamento de novas formas de organização, no redirecionamento das práticas profissionais e nos processos de tomada de decisão na gestão do cuidado em odontologia.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal, de indicadores de desempenho previstos na fase de monitoramento do segundo ciclo do PMAQ-AB (primeira consulta odontológica e razão de tratamentos concluídos por primeiras consulta odontológicas), bem como dos padrões dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal em cada município que foi avaliado na fase de certificação (avaliação externa) do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizados e/ou aferidos pelas Equipes de Saúde Bucal participantes deste programa.

O Estado do Rio Grande do Norte está dividido em 167 municípios que segundo estimativas intercensitárias do IBGE para 2014 apresentavam uma população de 3.363.084

habitantes, e conforme o e-Gestor Atenção Básica possuía 1.031 equipes de atenção básica com Saúde da Família e 955 equipes de saúde bucal na Saúde da Família em dezembro de 2014. Nesse ano a cobertura das equipes de saúde bucal atingiu 77,05% da população do estado.

A população objeto do presente estudo foi constituída pelas Equipes de Saúde Bucal do Estado do Rio Grande do Norte composta por 795 Equipes de Saúde Bucal distribuídas em 154 Municípios que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB e participaram da avaliação externa. Foram excluídas 18 equipes da avaliação externa, pelo fato das equipes não responderem a nenhum item na avaliação externa. Portanto restando 777 equipes em 153 municípios.

A pesquisa foi dividida em dois momentos: no primeiro, foi realizado uma avaliação descritiva do componente processo de trabalho onde foram consideradas as informações geradas a partir do Módulo VI (Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde), considerando a Dimensão de Processo de Trabalho da eSB. Utilizou-se o instrumento desenvolvido por Viana¹⁵ (2017), que continha 74 variáveis das 12 subdimensões que versavam sobre: Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe (08), reunião de equipe (08), organização dos prontuários na UBS (03), organização da agenda da equipe da atenção básica (03), coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade (21), oferta e resolubilidade das ações da eSB, (20), câncer de boca (03), atenção ao pré-natal e atenção a criança até 05 anos de idade(02), visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio (02), prótese dentária(01), programa saúde na escola (03).

Em seguida construiu-se os padrões de Processo de Trabalho (variáveis independentes) levando em conta as 74 repostas das subdimensões citadas previamente das eSB que participaram da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Na construção desses Padrões de Processos de Trabalho foram atribuídos escores (opção „Sim“ do questionário das variáveis, Escore 1) e não conformidades (opção „Não“, Escore 0), por eSB, para cada uma das dimensões avaliadas. A subdimensão, por sua vez, foi representada pela média dos escores de adequação das subdimensões que a compõem, expressa pelo número de conformidades ou concordância com os parâmetros apresentados no PMAQ-AB para cada variável analisada. Logo após foram calculadas as médias para cada município, com o intuito de construir os padrões de Processo de Trabalho municipais.

Os parâmetros para classificação e análise dos padrões de processos de trabalho municipais das equipes foram criados a partir de quartis e, na apresentação dos dados, optou-se pela junção dos intervalos intermediários. Assim foram classificados os municípios quanto à organização de suas equipes: insatisfatória, nos municípios com valores ≤ 25 ; intermediária, nos municípios com valores > 25 até < 75 ; e satisfatória, nos municípios com valores ≥ 75 .

A segunda etapa referiu-se a uma análise de indicadores (variáveis dependentes) de saúde bucal na atenção primária. Os valores absolutos de primeira consulta e razão de tratamentos concluídos por primeiras consultas foram obtidos mediante acesso a plataforma WEB e-Gestor AB (Atenção Básica) por meio do Gestor do Programa Estadual da Atenção Básica no período de janeiro a dezembro de 2014 para todas as equipes de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte que informaram suas produções no e-SUS.

Após essa coleta, selecionaram-se apenas aquelas equipes que participaram do segundo ciclo do PMAQ, por meio da compatibilidade do Identificador Nacional de Equipe (INE), que foram informadas na avaliação externa do PMAQ-AB. Para o cálculo desses indicadores usou-se o seguinte cálculo:

Para o cálculo do Indicador de Primeira Consulta Odontológica utilizou-se a fórmula: Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100; como usamos o referencial de equipes odontológicas, para termos o valor deste indicador por cidade, utilizamos a Estimativa da População coberta por eSF: N° de eSFx3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma eSF) para o cálculo do denominador¹⁶. Para aquelas cidades que apresentaram a estimativa de 3.450 por equipe maior que a População do Município, considerou-se a População total deste.

Para o cálculo da razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas utilizou-se a seguinte fórmula: número de tratamentos concluídos pela eSB dividido pelo número de primeira consulta odontológica programática realizada, multiplicado por 100.

Os dados foram montados e analisados no SPSS Statistics (Versão 22). Para análise descritiva foram avaliadas as médias, desvios padrão, máximo, mínimo, mediana, quartis (≤ 25 , 25 a < 75 ; e ≥ 75).

Assumindo a não normalidade da amostra o teste utilizado para verificar diferença significativa dos indicadores e padrões de processos de trabalho de acordo com a classificação adotada na metodologia (satisfatório e intermediário) foi teste de Mann-Whitney. Foram considerados valores significativos $p < 0,05$.

A pesquisa foi condicionada ao cumprimento pelo pesquisador aos requisitos da RESOLUÇÃO N° 510/2016 CNS e suas complementares e, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, conforme Artigo Único, Inciso V desta.

Foi obtida uma Carta de Anuência da Secretaria de Saúde Pública do Estado de Rio Grande do Norte instituição responsável pelo acesso à plataforma WEB e-Gestor AB (Atenção Básica) por meio do Gestor do Programa Estadual da Atenção Básica aos dados públicos, porém de acesso restrito, referentes aos indicadores de saúde bucal no referido ano de 2014, o qual foi realizado o segundo ciclo do PMAQ-AB.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas etapas: primeiro será realizada uma análise descritiva do processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Logo após serão apresentados os padrões de processo de trabalho obtido pelos municípios. No último momento serão evidenciados os comportamentos dos dois indicadores de desempenho de saúde bucal e a sua associação com as variáveis dos padrões de processos das equipes de saúde bucal.

Processo de trabalho das equipes de saúde bucal

Quanto à subdimensão Planejamento da eSB e ações da gestão para organização do processo de trabalho, a maioria das equipes 90,7% afirmou que executaram atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente, onde 78,6% realizaram essa atividade juntamente com as equipes de atenção básica e 12,1% desenvolveram essas reuniões apenas com própria equipe de saúde bucal.

Ainda dentro dessa subdimensão, 74,3% disseram realizar monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal; 76,7% relataram ter participado de algum processo de autoavaliação nos últimos 06 meses.

Considerando a Subdimensão Reunião de Equipe, 91,6% planejam considerando as metas para a atenção básica pactuada pelo município. Na tabela 1, observam-se algumas variáveis que compuseram essa subdimensão.

Tabela 1. Distribuição das ESB participantes do PMAQ-AB quanto a subdimensão Reunião de equipe, Rio Grande do Norte, 2014.

REUNIÃO DE EQUIPE	SIM		NAO	
	n	%	N	%
A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	584	75,2	193	24,8
Planeja considerando a construção de uma agenda de trabalho	756	97,3	12	2,7
Planeja considerando as metas para a atenção básica pactuada pelo município	712	91,6	65	8,4
Planeja considerando as informações do sistema de informação da atenção básica	682	87,8	95	12,2
Planeja considerando as informações locais	675	86,9	102	13,1
Planeja considerando questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades	661	85,1	116	14,9
Planeja considerando questões ambientais do território	547	70,4	230	29,6
Planeja considerando os desafios apontados a partir da autoavaliação	644	82,9	133	17,1

Fonte: Autor, 2019.

Ao aferir as subdimensões Organização da agenda e Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, Visitas domiciliares e os cuidados realizados no domicílio, observou-se que 79.7% das eSB que aderiram ao programa compartilhavam a agenda da equipe de saúde bucal com outros profissionais da ESF; e 89.7% garantiam o retorno para continuidade. Contudo, 75% das eSB possuíam rede disponível para oferta de consulta especializada, 87,6% realizaram visita domiciliar, porém uma parte minoritária (47,1%) utilizava algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para a prática dessas visitas.

No que se refere a subdimensão: Oferta e resolubilidade das ações da eSB, os procedimentos mais realizados nas Unidades Básicas são: aplicação tópica de flúor (99,4%), e exodontias de dentes decíduos (99%) e permanentes (98,7%) e restauração de dente decíduo (98,7%), e o menos prevalente foi a Instalação e cimentação de Prótese na Atenção Básica com 30,9% apenas.

Padrões de processos de trabalho por municípios

A pontuação de desempenho geral dos municípios e a classificação dos três grupos em relação aos padrões de qualidade estudados são apresentados na tabela 2.

Dentro dessa classificação por quartis, verificou-se que não houve equipes classificadas com um padrão de processo de trabalho insatisfatório (municípios com médias dentro do quartil com valores ≤ 25).

Tabela 2. Padrões de processos de trabalho das eSB nos municípios do Rio Grande do Norte, 2014

Padrão de Processo	Insatisfatório (n=0) Pontuação		Intermediário (126) Pontuação		Satisfatório (27) Pontuação	
	Min	Máx	Min	Máx	Min	Máx
Processo de Trabalho	0,00	0,55	0,56	0,71	0,72	0,9

Fonte: Autor, 2019.

Indicadores de Saúde Bucal

No que se refere aos indicadores de saúde bucal analisados no estado do Rio Grande do Norte no ano de 2014 pelas 795 equipes dos 154 municípios, constatamos uma quantidade elevada de equipes que não informaram sua produção odontológica no ano de 2014, sendo 339 equipes distribuídas em 51 municípios para o indicador de primeira consulta e 586 equipes em 87 municípios para o registro de tratamento concluído.

A tabela 3 faz uma análise descritiva dos indicadores considerando valores como média, desvio padrão, quartis, valores máximos e mínimos.

Tabela 3 Descrição dos indicadores de saúde bucal nos municípios do Rio Grande do Norte, 2014.

Indicadores	Indicador de Primeira Consulta	Razão Tratamento Concluído
N	154	154
Mínimo	0	0
Máximo	21,07	267,86
Q25%	0	0
Q50%	1,30	0
Q75%	4,66	16,24
Média	3,25	18,35
Desvio Padrão	4,60	43,65

Fonte: Autor, 2019.

Associações entre padrões do processo de trabalho das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal.

O desempenho geral dos municípios com relação aos indicadores estudados é apresentado na tabela 4, que aponta para os valores de média, desvio padrão e p-value de cada padrão de processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal em associação com os indicadores de saúde bucal.

Tabela 4. Associações entre padrões do processo de trabalho das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal nos municípios do Rio Grande do Norte, 2014 .

Consultas	Pontuação PT	Media	Mediana	Q25-75	Ranks	P
T. Concluído	Satisfatório	26,9	15,7	0,0-29,2	97,81	0,003
	Intermediário	16,5	0,0	0,0-8,07	72,54	
1ª Consulta	Satisfatório	5,7	5,0	0,6-10,1	102,81	0,001
	Intermediário	2,7	0,6	0,0-3,9	71,47	

T. Concluído: Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas , 1ª Consulta: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Q25-75: Quartis 25 e 75, PT: Padrões de Processos de Trabalho

Fonte: Autor, 2019.

Para o indicador de Primeira Consulta Odontológica detectou-se que os municípios classificados com padrão satisfatório com relação ao padrão de Processo de Trabalho desenvolvido pelas ESB apresentaram maior média do indicador (5,7) quando comparado aos padrões intermediário (2,7) havendo uma correlação positiva entre este indicador e o padrão de processo de trabalhos realizados pelos municípios sendo estatisticamente significativa, tendo em vista o valor do $p=0,001$.

Do mesmo modo, para o Indicador de razão de tratamentos concluídos sobre primeira consulta, verificou-se que municípios com padrão de Processos de Trabalho satisfatória maior média deste (26,9), quando comparado àqueles padrões intermediários (16,5), uma correlação também estatisticamente significativa com $p=0,003$.

Discussão

Ao realizar a avaliação descritiva dos processos de Trabalho no estudo realizado, verificou-se que, de maneira geral, as equipes de Saúde Bucal que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Estado do Rio Grande do Norte estão, de certa forma, planejando e organizando seu processo de trabalho.

No nosso estudo, a maioria das eSB realizavam Planejamento para organização do processo de trabalho, bem como monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, onde 90,7% afirmaram executar atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente, das quais 78,6% destas realizavam essa atividade juntamente com as equipes de atenção básica e, a minoria (12,1%), apenas com a eSB, e 74,3% têm o monitoramento de indicadores de saúde bucal como prática.

Baldani et al.¹⁹ ao investigarem desigualdades na organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, comparando municípios do Estado do Paraná (que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB) quanto à condição social, econômica e demográfica trouxeram resultados diferentes da nossa pesquisa, onde a maioria (mais da metade das equipes afirmaram que não realizam planejamento das ações mensalmente em conjunto com a ESF (55,5%), porém quanto ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal, corroboram com nosso estudo, onde a maioria afirma (63,60%), realizar tal procedimento.

Quanto à Organização da agenda e Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, Visitas domiciliares e os cuidados realizados no domicílio, este estudo, obteve que 75% das eSB possuíam rede disponível para oferta de consulta especializada e 87,6% realizaram visita domiciliar, porém uma parte minoritária (47,1%) utilizava algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para a prática dessas visitas.

Baldani et al.¹⁹ corroboram, porém trazem resultados mais expressivos para oferta de consulta especializada onde 88,2% das eSB informaram haver oferta de consultas especializadas.

No que concerne às domiciliares (VD), Santos e Hugo²⁰ objetivando investigar a associação entre a formação profissional dos Cirurgiões-Dentistas em Saúde da Família e o processo de trabalho realizou estudo transversal, multicêntrico, com 18.114 Equipes de Saúde Bucal que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB obtiveram que 14.178 (78,3%) das eSB respondentes as realizaram, mas somente 7.455 (41,2%) utilizaram protocolo para definição de ações prioritárias para a realização de VD um percentual bem semelhante ao descrito na nossa pesquisa.

Ao examinar a subdimensão Reunião de equipe, no nosso estudo 75,2% das Equipes de Saúde bucal afirmaram participar periodicamente das Reuniões da Equipe de Atenção Básica e 87,8% disseram que Planejavam/programavam suas atividades considerando as informações do sistema de informação da atenção básica, o que foi ratificado na pesquisa de Viana¹⁵ que ao analisar as associações entre padrões de qualidade municipais (estrutura e processo de trabalho) das equipes de saúde bucal e indicadores de saúde bucal (resultado) da atenção primária em Pernambuco, verificou que 71,5% participaram das reuniões da equipe de atenção básica e 81,1% planejaram considerando as informações do sistema de informação da atenção básica

Quanto a subdimensão Oferta e resolubilidade das ações da eSB, nesta pesquisa, os procedimentos mais realizados foram: aplicação tópica de flúor (99,4%), e exodontias de dentes decíduos (99%) e permanentes (98,7%) e restauração de dente decíduo (98,7%) e o procedimento menos prevalente foi Cimentação de Próteses com 30,9%.

Esses resultados corroboram com Lorena Sobrinho et al.²¹ que ao avaliarem o acesso e a qualidade das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB em Pernambuco no ano de 2012, obtiveram que os procedimentos ofertados pela atenção básica atende parcialmente ao disposto nas atribuições do CD dentro das equipes de AB, pois há realização dos procedimentos clínicos e pequenas cirurgias ambulatoriais em saúde bucal, no entanto, não estão aí incluídos os atendimentos das urgências e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.

Porém, é possível que tenha havido um mascaramento da realidade das eSB na avaliação externa do PMAQ-AB. Segundo Bertusso e Rizzoto¹⁷ embora, a avaliação externa mostre-se uma estratégia importante de mobilização da equipe de saúde e da gestão para atender aos padrões previstos no programa. há ainda uma carga negativa, associada à punição, e esta avaliação não é vista como parte de um ciclo contínuo, evolutivo e formativo.

Para Sampaio et al.¹⁸ este viés pode ser causado pela falta de conhecimento sobre o PMAQ, como também por um possível temor dos profissionais a respeito da forma como o programa é efetivado na prática, pois, apesar do Ministério da Saúde tratá-lo como uma política indutiva, observa-se que há o risco do mesmo ser utilizado como mais uma forma de punição dos trabalhadores pelos gestores locais.

No nosso estudo, ao correlacionarmos os padrões dos processos de trabalho municipais das equipes de saúde bucal e os indicadores de saúde bucal detectou-se que quanto mais satisfatório o padrão com relação ao padrão de Processo de Trabalho desenvolvido pelas

eSB nos municípios maiores eram as médias dos Indicadores de Primeira Consulta e Razão de Tratamento Concluído por Primeira Consulta, e ambas com significância estatística.

Bulgareli²² com o objetivo de avaliar qual modelo de atenção, ESF ou modelo tradicional instituído nas UBS, apresenta maior efetividade em relação às necessidades em saúde bucal da população de Marília (SP) durante o período de 2007 a 2009 através de indicadores coletados nos relatórios gerenciais dos sistemas de informação, Sistema de Informação da Atenção Básica e Relatório de Avaliação de Saúde Bucal. Percebeu que os coeficientes relativos ao Indicador de Primeira Consulta Odontológica não foram estatisticamente diferentes. Já no que se refere ao coeficiente Tratamento Completado Inicial sobre a população estimada maior que dois anos, verificaram-se valores de 16,74 para o modelo USF e 6,93 para o modelo UBS, havendo uma diferença estatisticamente significativa de 40,97% de resolutividade na UBS em relação aos 83,56% da USF.

Thurrow et al.²³ ao compararem indicadores odontológicos, dentre os quais aqueles analisados no nosso estudo, em unidades com eSB e naquelas com modelo tradicional de odontologia (MTO). Constataram que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos indicadores de primeira consulta odontológica programática entre os dois modelos de saúde bucal, porém houve diferença, sim, na média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas, sendo quase 50% maior para as equipes de saúde bucal: 0,45 nas ESB contra 0,23 no MTO.

Estes autores sugerem um achado representativo de um efeito positivo da reorganização dos processos de trabalho na lógica do modelo da ESF através de incorporação de práticas tais como o acolhimento adotado no modelo ESF, a capacidade de convencimento dos profissionais das equipes no sentido de os usuários compreenderem a importância de completar seu tratamento, a possibilidade de realização de busca ativa pelos agentes

comunitários de saúde e a garantia de reconsulta o que parece contribuir para uma frequência maior de tratamentos concluídos.

Melo et al.²⁴ ao avaliarem a efetividade da implantação de uma agenda de atividades na melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, por meio de uma pesquisa-ação em um município do Estado de São Paulo que foi selecionado com base nos critérios: existência de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, atenção primária e secundária em saúde bucal. Concluíram que houve aumento de 63% do acesso verificado no Indicador de primeira Consulta, redução de 30% dos casos de urgência; aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e aumento no número de procedimento. Tais achados concordam com nossa pesquisa, pois intensificando as estratégias que garantam a adesão aos tratamentos programáticos, fortalecendo a humanização do atendimento, a busca ativa de faltosos e a oferta das referências especializadas na perspectiva de garantir a continuidade e a conclusão dos tratamentos iniciados, houve uma melhora dos Indicadores de acesso e resolutividade em saúde bucal.

Já Viana²⁵ ao avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, Brasil, no ano de 2014 mostra uma relação estatisticamente significativa entre os padrões de qualidade municipais do processo de trabalho das ESB e a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas, onde, os municípios classificados com padrão satisfatório apresentaram uma média maior de tratamentos concluídos quando comparados aos padrões intermediários e insatisfatórios. Porém não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre o padrão de organização das práticas em saúde bucal dos municípios e o indicador de Primeiras consultas Odontológicas.

Conclusões

Quanto à associação dos indicadores de saúde bucal com os padrões de qualidade da dimensão processo de trabalho constatou-se uma associação estatisticamente significativa, com maiores médias dos indicadores de razão de primeira consulta, bem como do indicador de tratamento concluído sobre primeira consulta.

Conclui-se nesse estudo que a organização do processo de trabalho foi um fator determinante no impacto sobre alguns indicadores utilizados no serviço. Porém, sugere-se a avaliação de outros aspectos tais como os estruturais (físicos e recursos humanos dos serviços) que podem contribuir também na qualificação dos indicadores avaliados nessa pesquisa.

No entanto, alguns fatores podem trazer limitações na avaliação proposta nessa pesquisa. Dentre esses, citamos: a confiabilidade na ferramenta dos registros dos indicadores de uso de serviços odontológicos, além de um possível mascaramento da realidade das eSB na avaliação externa do PMAQ-AB.

No nosso estudo, esses aspectos ficaram evidenciados na quantidade elevada de equipes que não informaram sua produção odontológica no ano de 2014, tanto para o indicador de primeira consulta quanto para a razão de tratamento concluído sobre primeira consulta, bem como um número expressivo de equipes de Saúde Bucal que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Estado do Rio Grande do Norte que responderam positivamente as perguntas que versavam sobre planejamento e organização do seu processo de trabalho.

Desta forma, ressaltamos a necessidade de reflexão sobre os processos de cuidado e trabalho das eSB, levando em conta essas limitações apresentadas.

Referências

1. Rocha ECA, Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev Adm Pública* 2009;43(2):481-517.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1903-1914.
3. BRASIL. Portaria no. 1444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 29 dez. 2000.
4. Santos AM, Assis MM. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-Bahia. *Rev Baiana de Saude Publica*. 2005; 29(2):313-25.
5. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(Supl. 1):1367-1377.
6. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):455-462.
7. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2011;5(3):53-63.
8. Souza TMS, Roncalli AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad. de Saúde Publica* 2007;23(11):2727-2739.

9. Okuyama HCHY, Aguilar-da-Silva RH. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. *Rev ABENO* 2017;17(4):133-143.
10. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(98):1-12
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* 2014;38(n. esp.):358-372.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB Versão 2. Brasília, DF, 2011.
14. Moysés SJ. *Saúde Coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
15. Viana IB. *Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco* [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura da saúde da família*. 2016[acessado 2019 oct 03]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
17. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde Debate* 2018;42(117):408-419.

18. Sampaio J, Moraes MN, Marcolino EC, Castro ID, Gomes LB, Clementino FS. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. *Rev Enferm UFPE* 2016;10(Supl. 5):4318-28.
19. Baldani Márcia Helena, Ribeiro Ana Elisa, Gonçalves Jéssica Rodrigues da Silva Noll, Ditterich Rafael Gomes. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018;42(esp.):145-162.
20. Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(12):4319-4329.
21. Lorena Sobrinho JE, Martelli, PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate* 2015;39(104):136-146.
22. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):383-391.
23. Thurow LE, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas/RS, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(3):545-550.
24. Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para reorganização da demanda em saúde bucal. *Rev Ciênc Plural* 2016;2(1):42-55.
25. Viana IB, Moreira RS, Martelli PJJ, Oliveira ALS, Monteiro IS. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. *Epidemiol Serv Saúde* 2019;28(2):e2018060.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se nesse estudo que a organização do processo de trabalho foi um fator determinante no impacto sobre alguns indicadores de uso de serviço, ou seja, quando se tem um processo de trabalho melhor, melhores foram os indicadores de Saúde Bucal analisados. Sugere-se a avaliação de outros aspectos que possam condicionar a melhora destes indicadores de acesso e resolutividade do tratamento odontológicos. Dentre os fatores a serem observados em próximas análises, seriam os fatores estruturais (físicos e recursos humanos dos serviços).

Porém, alguns fatores observados neste trabalho podem surgir com vieses na proposta desse Programa como ciclo Contínuo de avaliação. Limitações na confiabilidade na ferramenta dos registros dos indicadores de uso de serviços odontológicos, além de possível mascaramento da realidade das eSB podem ser fatores que impeçam uma análise mais acurada das práticas em saúde bucal

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44. n. 2, p. 360-365, 2010.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 455-464, 2007.

BALDANI, M. C.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services: across-sectional study in area covered by the Family health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. S272-S283, 2011. Suplemento 2.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Portaria nº 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 3.849 de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 10 dez. 2010. Seção 1. P. 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº MS/GM 493 de 10 de março de 2006. Aprova a relação de indicadores da Atenção Básica- 2006. Cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e ministério da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Mar. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nnº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB**. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

BRASIL. Portaria no. 1444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

Brasil. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A et al. Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica por meio do uso da ficha-D saúde bucal: resultados preliminares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 13. n. 3., Pp. 50-56, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 143-54, 2011.

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

GOES, P. S. A. Vigilância à saúde bucal para o nível local: uma abordagem integrada para as equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família. *In*:

MOYSÉS, S. T.; KIRGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas: 2008. Pp. 258-287.

LORENA, S. J. E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, Londrina, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

LOURENÇO, E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1367-1377, 2009. Suplemento 1.

MELLO, A. L. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MELO, L. M. L. L. *et al.* A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Rev. Ciênc. Plural**, Natal, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi: 2003. p. 505-521.

MOURA, B. L. A *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 69-81, 2010.

MOYSÉS, S. J. *et al.* **Saúde Coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013; cap.1.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, 2010.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

OKUYAMA, H. C. H. Y.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 133-143, 2017.

PALMIER, A. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e services odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev. Panm. Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, p. 22-29, 2012.

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

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção

básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, Londrina, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, 2009.

RONCALLI, A. G. Indicadores de saúde e de saúde bucal: desafios para seu uso em modelos assistenciais. *In*: PEREIRA, A. C., **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. São Paulo: Napoleão: 2009. p. 413-430.

ROSSI, T. R. A. **A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia**: da entrada na agenda à sua implementação. 2011. 65 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SCHERER CI, SCHERER MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2015.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/artigo_rbsf_toni.pdf. Acesso em: 12 jan. 2009.

SILVEIRA, J. L. G. C.; GARCIA, V. L. Mudança curricular em odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 145-158, 2015.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Suplemento

SOUZA, M. F. **A gestão do cuidado odontológico no programa saúde da família no centro de saúde Goiânia - Belo Horizonte**. 2010. 34 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TAUIL, P. L. A importância do uso dos sistemas de informação em estudos e pesquisas na área de epidemiologia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13. n. 1, p. 5- 6, 2004.

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Suplemento

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

ZANETTI, C. H. G. **Opinião: A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS**, 2001. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: 08 jun 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE VIANA (2017)

DIMENSAO	SUBDIMENSAO	VARIAVEIS	RESPOSTA	ESCORE
Processo de trabalho das ESB	Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Sim, apenas com ESB	01
			Sim, junto com a EAB	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	Sim	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim	01
			Não	-
		A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim	01
			Não	-
		Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?	Sim	01
			Não	-
		Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal?	Sim	01
			Não	-
		A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da Equipe de Saúde Bucal?	Sim	01
			Não	-
		A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?	Sim	01
			Não	-
		Reunião de equipe	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	Sempre
	As vezes			-
	Nunca			-
	A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando Poderá marcar mais de uma opção de resposta. A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.		Sim	01
			Não	-
	As metas para a atenção básica pactuada pelo município		Sim	01
			Não	-
As informações do sistema de informação da atenção básica	Sim		01	
	Não		-	
As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)	Sim		01	
	Não		-	
As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)	Sim		01	
	Não		-	
As questões ambientais do território	Sim		01	

			Não	-
		Os desafios apontados a partir da autoavaliação	Sim	01
			Não	-
	Organização dos prontuários na US	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?	Sim	01
			Não	-
		Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?	Sim	01
			Não	-
	Organização da agenda da equipe de Atenção Básica	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?	Sim	01
			Não	-
		A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território de Saúde?	Sim	01
			Não	-
	Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim	01
			Não	-
		Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual (is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde?	Cirurgia Oral	01
			Endodontia	01
Pacientes com necessidades especiais	01			
Periodontia	01			
Estomatologia	01			
Radiologia	01			
Ortodontia/ortopedia	01			
Implantodontia	01			
Odontopediatria	01			
Outra(s)	01			
Existem protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para quais das seguintes especialidades?				
Cirurgia	Sim	01		
	Não	-		
Endodontia	Sim	01		
	Não	-		
Pacientes Especiais	Sim	01		
	Não	-		
Periodontia	Sim	01		
	Não	-		
Estomatologia	Sim	01		
	Não	-		

	Radiologia	Sim	01	
		Não	-	
	Ortodontia/ ortopedia	Sim	01	
		Não	-	
	Implantodontia	Sim	01	
		Não	-	
	Odontopediatria	Sim	01	
		Não	-	
	Outro	Sim	01	
		Não	-	
	Oferta e resolubilidade das ações da ESB	O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?	Sim	01
			Não	-
A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Drenagem de abscesso		Sim	01	
		Não	-	
Sutura de ferimentos por trauma		Sim	01	
		Não	-	
Remoção de dentes impactados		Sim	01	
		Não	-	
Frenectomia		Sim	01	
		Não	-	
Remoção de cistos, acesso à polpa dentária		Sim	01	
		Não	-	
Acesso à polpa dentária		Sim	01	
		Não	-	
Aplicação tópica de flúor		Sim	01	
		Não	-	
Exodontia de decíduo		Sim	01	
		Não	-	
Exodontia de permanente		Sim	01	
		Não	-	
Restauração de amalgama		Sim	01	
		Não	-	
Restauração de resina		Sim	01	
		Não	-	
Restauração em dente decíduo		Sim	01	
		Não	-	
Pulpotomia		Sim	01	
		Não	-	
Raspagem, alisamento e polimento supragengival,	Sim	01		
	Não	-		
Tratamento de alveolite,	Sim	01		
	Não	-		
Ulotomia/ulectomia	Sim	01		
	Não	-		
Cimentação de prótese	Sim	01		
	Não	-		
Outros	Sim	01		
	Não	-		
Câncer de boca	A Equipe de Saúde Bucal possui	Sim	01	

		registro dos casos suspeitos e ou confirmados de câncer de boca?	Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos e ou confirmados de câncer de boca?	Sim	01
			Não	-
			Desconhece se tem alguma referência	-
		Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?	Sim	01
			Não	-
	Atenção ao pré-natal	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	Sim	01
			Não	-
	Atenção a criança de até 05 anos de idade	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade?	Sim	01
			Não	-
	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?	Sim	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?	Sim	01
			Não	-
	Prótese dentária	A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?	Sim	01
			Não	-
	Programa Saúde na Escola	A equipe possui realiza atividades na escola/creche?	Sim	01
			Não	-
		A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche?	Sim	01
			Não	-
		A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico.	Sim	01
			Não	-

ANEXO**ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO**

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que permitiremos que o pesquisador Glauber Victor Cabral de Moraes tenha acesso à plataforma WEB e-Gestor AB (Atenção Básica) por meio do Gestor do Programa Estadual da Atenção Básica a fim de desenvolver o seu projeto de pesquisa “Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Norte: correlação entre os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde bucal e indicadores de desempenho”, que está sob a coordenação do Professor Cipriano Maia de Vasconcelos cujo objetivo é avaliar e compreender como as Equipes de Saúde Bucal organizam e gerenciam o processo de trabalho na articulação das ações no contexto do trabalho da equipe de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Norte e a correlação com os Indicadores do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da RESOLUÇÃO N° 510/2016 CNS e suas complementares e, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, conforme Artigo Único, Inciso V desta.

Natal, RN, 27 de agosto de 2019.

Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
Subsecretária de Planejamento e Gestão